



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Eficacia de Terapia de Aceptación y Compromiso en Problemas de Comportamiento
Externalizante en Adolescentes de 12 a 18 años**

Eileen Yeseida Cortes Niño

Dirigida por:

Mayra Gómez Lugo

Bogotá D.C.

2019

Cra 9 Bis No. 62.46 - Bogotá D.C., Colombia
T. (571) 347 2311 - F. (571) 347 2311 ext. 131
info@fukl.edu.co - www.fukl.edu.co

Tabla de contenido

Lista de tablas	3
Resumen /Abstract.....	4
Introducción.....	5
Problema de investigación y justificación.....	7
Desarrollo del ciclo vital en la adolescencia.....	13
Síndromes de banda ancha	14
Síndrome de Externalización	16
Síndromes Mixtos	18
Evaluación de los problemas de comportamiento externalizante.....	19
Terapia de Aceptación Compromiso.....	20
Objetivos	24
Tipo de Estudio y Diseño de Investigación	24
Población y muestra	25
Instrumentos	26
Procedimiento	32
Definición de variables.....	35
Consideraciones éticas	37
Resultados	38
Discusión.....	46
Conclusiones.....	53
Referencias.....	60
Anexos.....	65

Lista de tablas

Tablas

Tabla 1.

Resumen de sesiones según el protocolo de Gómez, et al., (2014).

Tabla 2.

Puntuaciones pre y post tratamiento con el Autoinforme YSR, RR-SF, VQ.

Tabla 3.

Puntajes del autoinforme YSR sintomatología psicológica pre y post test.

Tabla 4.

Puntuaciones escala de valores VQ pre y post test.

Tabla 5.

Puntuaciones obtenidas de la escala RR-SF pre y post test.

Tabla 6.

Puntuaciones obtenidas de la escala CBCL pre test y post test.

Tabla 7.

Reporte de las características de los participantes desde análisis funcional.

Resumen

Este estudio analizó la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en los comportamientos externalizante de adolescentes de 11 a 18 años, en 5 participantes con nivel de escolarización de más de 8 años, derivados del comité de convivencia escolar de un centro educativo por presentar problemas de conducta. Para evaluar la presencia de conductas externalizante, se utilizó el Youth Self-Report (YSR), la escala (VQ), y el RRS-SF; la intervención estuvo compuesta por 4 sesiones de Gómez et al. (2014). Se realizó un diseño pre prueba -post prueba para un solo grupo ensayo libre; las variables analizadas fueron la conducta agresiva, falta de seguimiento de reglas, problemas de atención, problemas del pensamiento, sociales e internalizante. En los resultados obtenidos se observan cambios en las puntuaciones antes y después, para su significancia se utilizó el estadístico de prueba W wilconxon $p < .05$.

Palabras clave: Conducta Externalizante, Terapia de Aceptación y Compromiso, Adolescentes.

Abstract

This study analyzed the efficacy of acceptance and commitment therapy in the external behavior of adolescents aged 11 to 18, in 5 participants with a level of schooling of more than 8 years, derived from the school coexistence committee of an educational center for presenting problems of conduct. To evaluate the presence of externalizing behaviors, the Youth Self-Report (YSR), the scale (VQ), and the RRS-SF were used; The intervention was composed of 4 sessions by Gómez et al. (2014). A pretest-post test design was performed for a single free trial group; The variables analyzed were aggressive behavior, lack of following rules, attention problems, thinking problems, social and internalizing. In the results obtained, changes in the scores before and after were observed, for its significance the test statistic W wilconxon $p < .05$ was used.

Keywords: Externalizing Behavior, Acceptance and Commitment Therapy, Adolescents

Introducción

Los trastornos de conducta, son problemas psicológicos presentes en el periodo de la adolescencia, son trastornos que involucran un modelo persistente de conductas problemáticas; incluyendo la conducta oposicionista desafiante, así como la conducta antisocial. Estas reacciones han generado conflictos con padres y profesores. Cuando se tiene un diagnóstico de trastorno de conducta a largo plazo, en la adultez temprana, se pueden desarrollar patologías tales como consumo de sustancias, bajo control de impulsos, actividad criminal, baja ocupación y estatus educacional, y altas tasas de enfermedades físicas Conllevando a un efecto negativo para el desarrollo adolescente. (Gómez, Luciano, Páez-Blarrina, Ruiz, Valdivia-Salas, y Gil-Luciano 2014). El ASEBA se ha identificado como una batería de evaluación que ha mostrado resultados consistentes a nivel psicométrico para los problemas de conducta internalizante y externalizante en los adolescentes, así como la correlación de la percepción de los padres y profesores. Estos problemas han sido evaluados con la utilización de autoinforme YSR, de Achenbach y Rescorla (2001); Evaluando los problemas emocionales y de comportamiento. Por lo que se ha convertido en uno de los sistemas de evaluación probado en más de 23 sociedades (Achenbach, 1966; Achenbach y Rescorla, 2001; Achenbach et al., 2007; & Achenbach et al., 2008). A fin de obtener un diagnostico confiable, se incluyen dos escalas de valoración RRS-SF evaluando el grado de rumia y preocupación de los adolescentes; contiene dos criterios, uno es de reflexión y el otro de reproches; la segunda escala es VQ, también con dos criterios obstrucción y progreso de las versiones colombianas de (Ruiz, et. al.,2014).

Estos instrumentos ayudan para la identificación del patrón inflexible de pensamientos negativos repetitivos y con los valores ayudan a moldear la flexibilidad psicológica, hasta lograr se haga consciente de la discriminación de las consecuencias, de seguir reaccionando de manera

inflexible. Ruíz, et al., (2017) propone partir desde un análisis funcional de la conducta identificando aspectos fundamentales del problema del cliente. El análisis funcional debe estar centrado en identificar los eventos privados de orden aversivo y el establecimiento de una jerarquía entre los eventos privados. El contexto y las características fenomenológicas y su frecuencia de experiencia con las reacciones de coordinación con las funciones discriminativas, estos eventos serán observados desde una secuencia temporal, y las consecuencias a corto y largo plazo de las reacciones en coordinación. Metodológicamente, es un diseño de pre prueba-post prueba con un solo grupo, este diseño se justifica cuando a un grupo se le aplica una prueba previa al tratamiento, después se administra el tratamiento y finalmente se aplica una prueba posterior (Sampieri, Collado, y Lucio, 2006).

Para determinar el efecto del tratamiento, se aplicaron ensayos libres a una muestra de 5 participantes escolarizados en un centro educativo público. En el apartado de procedimiento se describen las sesiones propuestas desde el protocolo breve de la terapia de Aceptación y Compromiso ACT de Gómez, et al. (2014), así como los hallazgos de los resultados fueron analizados desde el modelo estadístico de pruebas no paramétricas para muestras relacionadas. Finalmente, evidenciar las ventajas de la aplicación de un protocolo breve de Gómez, et al. (2014) Para la intervención de problemas de conducta en casos de conducta externalizante ya sea desde un rango clínico o límite, teniendo en cuenta que la fase de intervención para este estudio aplicó el protocolo de Terapia de Aceptación y compromiso y se evaluaron los cambios de los eventos privados y la disminución de conductas externalizantes en los adolescentes entre el pretest y el post test.

Problema de investigación y justificación

Los problemas de comportamiento a nivel epidemiológico, en Colombia se han visto desde el marco de la violencia juvenil, éstos comportamiento se han convertido en problema de salud pública ya que inicialmente se concebían desde el modelo positivista como trastornos negativista desafiante, para Colombia, de acuerdo con los resultados propuestos desde Henao y Mahecha, (2005) estos problemas de conducta se enmarcan desde la concepción de los problemas de conducta externalizante. Indicando que estos comportamiento tienen un inicio temprano al evaluar tres grupos de edades que oscilan entre 4 a 7 años, 9 a 13 y 14 a 17 años obteniendo mayor prevalencia de estos problemas en varones caracterizados por conductas como falta de control, hiperactividad y agresión. Conformando el comportamiento externalizante como un indicador de desajuste psicológico en los tres grupos de edad.

Por su parte, el reporte de Forensis (2016); sobre violencia, evidencia que en Colombia, en el 2016, la violencia interpersonal era de 123.298 casos. De estos, los adolescentes entre 10 a 14 años representan un 2,56% de los casos de víctimas de violencia interpersonal, mientras que entre los 15 a 17 representan un 8,16%. Por cada dos hombres, una mujer es víctima de violencia interpersonal. Estos datos, en general, indican una prevalencia de 65,8% para hombres y un 34,19% en mujeres.

A su vez estos indicadores de prevalencia son observables en los resultados publicados en la Encuesta Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, (2015); encontrándose que en las instituciones educativas el 18.1. % de los niños y adolescentes han sido víctimas de agresión física entre compañeros en la escuela.

Adicionalmente, para Colombia en el estudio de Martínez, y Moreno, (2010) describen la relación existente entre problemas de conducta externalizante y el TDAH en una muestra de

niños de 6 a 12 años con y sin diagnóstico de TDAH. En sus hallazgos se encontró que la variable más afectada por el TDAH, es el rendimiento académico; y se afirma que la atención selectiva y la conducta externalizante no dependen del TDAH.

Autores como López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, (2009) reportaron en sus resultados alta prevalencia en factores externalizantes, superando la puntuación media y un desviación estándar entre 14 a 18%, en la muestra analizada los niños presentan prevalencia elevada en problemas de conducta y oposicionista desafiante. Siendo esté altamente correlacionado con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

De otra parte Baglioni, et al. (2015), Describen factores desencadenantes de problemas de conducta, sugiriendo que la practicas parentales y educativas a nivel familiar tiene influencia en el desarrollo de problemas de conducta internalizante y externalizante, y la relación existente entre síntomas de depresión materna, incluyendo el establecimiento de roles del adolescente según la percepción de los padres; estos factores están asociados a las experiencias difíciles por la depresión de las madres.

Desde los estudios de Cerezo, (1995) la situación de maltrato evidencia una disfunción relacional afectando el normal desarrollo de las tareas ejecutivas del niño, entendiendo que el maltrato es una psicopatología relacional, generando una amenaza para el desarrollo de competencias del niño a nivel físico, psicológico y emocional. Por tanto, los niños que han sido expuestos a malos tratos, pueden manifestar un funcionamiento problemático de conductas de agresividad, verbal y física, hostilidad, oposición, robos, mentiras, absentismo, que se integrarían en la categoría de problemas de conducta o externalizate.

Se ha encontrado en la evidencia mostrada para Colombia con la utilización del CBCL por Hewitt y Moreno, (2018) para identificar la prevalencia de problemas de conducta en

población adolescente caracterizada por un comportamiento agresivo, encontrando una puntuación media de 13.85. Total de internalizante de 17.23; Externalizante, con una puntuación de 20.15, así como la puntuación de la escala total corresponde a 64.69 Indicando que los padres presentan puntuaciones de tendencia límite y clínica en la población colombiana.

Por su parte Woltering, Lishak, Hodgson, Granic, y Zelazo, (2016) presentaron resultados relacionados con la puntuación del CBCL en un grupo de niños de 7 a 12 años arrojando alta presencia de reporte de comportamiento agresivo con una puntuación del síndrome externalizante de (67,3) indicando un rango clínico, para el síndrome internalizante la puntuación media fue de (53.7). Los datos obtenidos reflejan el alto número de personas adolescentes que presentan comportamiento externalizante.

En los últimos años el comportamiento externalizante se viene evaluando desde el enfoque de ASEBA, sus siglas corresponden a un Sistema de Evaluación Empírica por Achenbach. El cual permite obtener un enfoque integral del funcionamiento adaptativo y desadaptativo, identificando patrones conducta normal o psicopatológica. Por medio de la utilización del CBCL, Lista de Chequeo para padres sobre el Comportamiento Infantil, para edades de 6 a 18 años; el YSR es un Autoinforme para adolescentes de 12 a 18 años y el TRF formato de reporte para profesores (Achenbach, et al., 2007; 2008).

Adicionalmente, se han analizado los estudios que han utilizado otro instrumento del ASEBA; el autoinforme YSR, éste es un instrumento para medir el nivel de problemas de comportamiento en adolescentes. Lemos, Sandoval, y Vallejo (2002); véase también (Wyss, Voelker, Cornock y Larso, 2003).

Con la aplicación del CBCL, se encontró un efecto estadísticamente significativo para la dimensión de quejas somáticas, en los niños la media fue de 2,4 para población de áreas rurales según los resultados de (Roussos, et al. 1999).

Así mismo en el estudio de Al- yagon, (2015) utilizó The Externalizing/Internalizing Syndrome Scales Standardized Youth Self-Report Version for Age 11–18. YSR; Achenbach y Rescorla, (2001). Para medir el nivel de problemas de comportamiento en niños Israelís con problemas de aprendizaje de los cuales ha identificado puntuaciones promedio de 16.70 para adolescentes con problemas de aprendizaje, y 13.72 para una muestra sin problemas de aprendizaje.

En un amplio número de países los indicadores de las puntuaciones obtenidas tienden a ser elevadas evidenciando la importancia de evaluar los factores que influyen en la causa y mantenimiento de los problemas externalizante (Achenbach, et al. 2008; y Ezpeleta, et al. 2006).

En general se presenta la utilización del CBCL y YSR como instrumentos de evaluación y diagnóstico del comportamiento externalizante en adolescentes. Esto representa relevancia de la investigación de la psicopatología de la infancia y la adolescencia, de acuerdo con lo presentado por Sangwon, Kamphaus, y Baker (2006) quienes reportaron que el 8% de la población infantil evaluada ha presentado depresión.

Por todo lo anterior los problemas de conducta internalizante y externalizante son un problema de salud pública de acuerdo con lo reportado por Torres de Galvis, Berbesi, Bareño y Montoya, (2010) ya que inciden en indicadores de problemas internalizantes entre un 3,8% a 5.7%, y externalizantes oscilan entre 3.3%, hasta un 8.2%, también dentro de los antecedentes de fiabilidad de estas dimensiones psicopatológicas son descritas por Achenbach y Rescorla, (2001)

son funcionales en la predicción y rastreo de los problemas de comportamiento internalizante y externalizante en adolescentes

En consecuencia en este estudio se van a evaluar los problemas de conducta con los instrumentos brevemente mencionados y con los cuales se podrán ampliar su información en capítulos más adelante. Ya que brindan adecuados niveles de confianza en la identificación de los problemas externalizantes en la muestra seleccionada para el estudio.

Por otro lado, los datos anteriores señalan la necesidad de tener intervenciones eficaces para prevenir y tratar los problemas de conducta externalizante en adolescentes, debido a que es un problema de salud mental que genera una perturbación en las relaciones interpersonales del adolescente. La evidencia científica que ha evaluado la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en problemas externalizante ha mostrado ser eficaz en la reducción de problemas de comportamiento oposicionista desafiante ODD, y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El efecto de la intervención fue evidente en cuanto a competencia social, crianza positiva, reducción de conductas de internalización y externalizante, estrés de los padres y depresión materna (Baglioni, et al. 2015).

Este modelo de Terapia Cognitivo Conductual también fue implementado en el programa de intervención llevado a cabo en Hewitt y Moreno, (2018) en dónde plantea un desarrollo de habilidades cognitivas como la flexibilidad cognitiva, la empatía, la solución de problemas, la autorregulación emocional, y el logro de autoeficacia y estrategias basadas en el aprendizaje social para afrontar los comportamientos externalizados y algunos internalizados como es el caso del síndrome psicológico específico de aislamiento y depresión, mientras que en los problemas extenalizantes los resultados evidenciaron que con el programa de intervención

psicológica contribuyendo a la disminución de la prevalencia de los comportamientos externalizados y de otros problemas psicológicos con un tamaño del efecto medio.

En contraste a la terapia Cognitivo Conductual propuesto en el estudio de Baglioni, et al.(2015), y el “Programa Entre Tres” propuesto por Hewitt y Moreno, (2018) se han presentado los resultados de la aplicación del protocolo de terapia de Aceptación y Compromiso para adolescentes con problemas de comportamiento con edades entre 12 a 15 años, quienes recibieron tratamiento reportaron disminución del número de conductas problemáticas y aumento de aceptación, mostrando baja puntuaciones en inflexibilidad psicológica; la muestra estudiada recibió en la intervención la técnica de Defusion I y II, sustento de la terapia de aceptación y compromiso (Luciano, et al. 2011).

Sin embargo, a pesar de haber mostrado ser eficaz, la TCC cuenta con un amplio margen de mejora. Por esta razón, el desarrollo de otras alternativas de tratamiento para esta problemática, como la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT; Hayes et al., (1999); Wilson y Luciano (2002), es especialmente importante. En este sentido, en un estudio preliminar aplicado en España, se evidenció una alta eficacia de un protocolo breve dirigido a la intervención sobre comportamientos disruptivos e ilegales en adolescentes de (Gómez, et al. 2014).

El objetivo del presente estudio es analizar la eficacia de la terapia de Aceptación y Compromiso con el protocolo breve desarrollado por Gómez, et al. (2014). Para el tratamiento de problemas de conducta externalizante en adolescentes colombianos. Por lo que se busca identificar si existen cambios o no de conductas problemáticas con 4 sesiones de terapias de tercera generación.

Desde la evidencia empírica se ha evidenciado que en los últimos tiempos se están desarrollando más estudios relacionados con sistemas de evaluación como intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso las cuales han sido descritas en (Wilson y Luciano, 2002 & Achenbach y Rescorla, 2001).

La relevancia de este estudio se enmarca en la extensión del conocimiento a un campo social, ya que permite desarrollar herramientas terapéuticas permitiendo atender a las necesidades de poblaciones vulnerables y de bajo acceso a servicios de salud especializados; puesto que corresponden a características demográficas rurales. De manera particular, el (Ministerio de Salud, 2015) reporta como factores de riesgo a los niños y adolescente del área rural el maltrato, el desempleo, la pobreza, la falta de recursos sociales, la transmisión intergeneracional de malos tratos, las diferencias intergeneracionales, el deterioro progresivo de valores, el hacinamiento, las privaciones económicas sistemáticas, el desconocimiento y los prejuicios de esta etapa de la vida, el estado de indefensión física y psicológica, el desconocimiento de los propios derechos. Estos factores de riesgo contribuyen en el desarrollo de comportamientos externalizantes y desajuste psicológico.

Referentes Teóricos

Desarrollo del ciclo vital en la adolescencia.

En este apartado se presentará de forma breve una descripción de las características emocionales, físicas, cognitivas y sociales del comportamiento adaptativo esperado en la adolescencia, incluyendo los factores de riesgo y las características del comportamiento disruptivo de interés en este estudio. Para conceptualizar la adolescencia, se tomará como

referencia una perspectiva biológica relacionada con un ámbito cronológico de edad. La adolescencia es un periodo comprendido entre los 11 y 20 años que involucra cambios en la estructura cerebral e inicio del interés sexual Steinberg y Morris, (2001). Dentro de los cambios, se ha estudiado el desarrollo físico, cognitivo, emocional y las habilidades sociales. Asimismo, se ha analizado la capacidad de enfrentarse a estos cambios, los cuales son caracterizados por la producción y estimulación del sistema hormonal, excitación sexual, y cambios emocionales en mujeres y hombres. Adams (2003); Karunan (2006); Mangrulkar, & Whitman y Posner , (2001) y Steinberg y Morris, (2001) describen desde sus estudios los factores que influyen y alteran el desarrollo, como los eventos estresantes, condiciones socioeconómicas, condiciones de alimentación o enfermedades crónicas.

La American Psychological Association (2002); Henao y Mahecha (2005); y Moreno, Escobar, Vera, Beltrán, y Castañeda (2009); proponen dentro de la perspectiva del desarrollo un componente fundamental; el ajuste psicológico, considerado como la habilidad adaptativa de mantener el control conductual en varios contextos, indicando en el adolescente una forma adaptativa de funcionar en este periodo de transición.

El comportamiento normal y ajuste psicológico se ven comprometido por los cambios arriba mencionados y que ocurren en la adolescencia. La delincuencia, por ejemplo, es uno de los comportamientos “desadaptados” que incluye la intención de lastimar a otros, ocasionando problemas con la autoridad en la escuela y la familia, y propicia el abuso de sustancias, desempleo y otras condiciones que no favorecen el ajuste psicológico. Es decir, el comportamiento violento está explicado desde unas características individuales como el temperamento, conducta antisocial, y disfunción psicológica, así como las características socio-familiares, abuso de sustancias, divorcio, abuso familiar e inadecuadas pautas de crianza como

condiciones generales de generación del comportamiento externalizante (Steinberg y Morris 2001; Abad, Forns y Gómez, 2002; & Henao y Mahecha, 2005).

En Concordancia, con Mangrulkar, Whitman y Posner, (2001) y Achenbach, et al. (2008) quienes proponen analizar el comportamiento desadaptativo. En términos de experiencias, cogniciones y conducta anormal; esto es, manifestado en comportamientos observables por otros, como padres o adultos próximos al adolescente. En este sentido se puede considerar la adolescencia como un periodo de dificultades cuando existe la presencia de síndromes internalizante y externalizante que afectan en su desarrollo

Para realizar el proceso de evaluación de la psicopatología adolescente, en los últimos años frecuentemente se han establecido dos grupos de comportamiento: (a) internalizante, ligado con problemas emocionales; y (b) externalizante, ligado a problemas de la conducta. Los dos grupos están relacionados con condiciones como el comportamiento agresivo o problemas como la depresión, la ansiedad o el aislamiento. Por tanto sus manifestaciones corresponden a una diferenciación de género y de una consolidación del nivel crítico de control conductual (Abad, Forns y Gómez, 2002; Achenbach, 1966; & Henao y Mahecha, 2005).

Síndromes de banda ancha

El concepto de “síndromes de banda ancha” es un sistema de clasificación taxonómico dimensional que busca realizar un diagnóstico de los problemas emocionales y comportamentales que pueden ser denominados como síndromes internalizante, externalizante y mixtos. El síndrome de internalización, se establece desde una delimitación de afectación emocional, como un comportamiento descontrolado, pasivo, que conlleva conductas de aislamiento, ansiedad, depresión (Henao y Mahecha, 2005).

Estudios llevados a cabo por Achenbach y Rescorla, (2001); indican que el síndrome internalizante se manifiesta por problemas consigo mismo como ansiedad, depresión y quejas somáticas sin causas médicas. El perfil del síndrome está relacionado con el aislamiento de los contactos sociales. Este síndrome es un conjunto de síntomas y signos clínicos de alteración emocional relacionada con la edad y género. Incluso, se ha determinado rangos de edades en las cuales se puede establecer mayor prevalencia de estos comportamientos, concretamente, entre los 11 y 16 años principalmente en mujeres.

Entonces este síndrome se caracteriza por ansiedad, depresión, quejas somáticas y problemas de relación. La sintomatología y estructura clínica del síndrome internalizante está dada por inestabilidad del estado del ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad. Estos síntomas corresponden a los criterios diagnósticos del modelo categórico en problemas afectivos, ansiedad y somatizaciones (López- Soler, et al. 2010).

A continuación se describe el síndrome externalizante, formado por un conjunto de problemas de comportamiento o comportamiento perturbador. Se caracteriza por manifestaciones de conducta del trastorno negativista desafiante, disocial de la conducta y déficit de atención (Correa, Montoya, y Romero, 2009).

Síndrome de Externalización

Alrededor del síndrome externalizante, se han generado diferentes percepciones acerca de la implicación que tienen con la etapa evolutiva debido a que los estudios realizados han estado centrados en la adolescencia (Achenbach, et al. 2008).

Esta denominación se refiere a los problemas de comportamiento. Sus manifestaciones clínicas se caracterizan por un comportamiento descontrolado, disruptivo, predominio de carencia de control conductual, junto a la presencia de sintomatología como irritabilidad, impulsividad, agresividad, inatención, peleas, rabietas, desobediencia y destrucción (López-Soler, 2010). El síndrome externalizante, a diferencia del internalizante, su manifestación es interpersonal por los conflictos frecuentes con otras personas por la expectativa de su comportamiento, la afectación es sobre el funcionamiento conductual (Achenbach y Rescorla, 2001).

Por su parte Cerezo, (1995) estudió las características del síndrome externalizante observando que la influencia corporal de síntomas como reacción hostil y agresividad son elementos centrales en este tipo de conducta. El síndrome externalizante se da en una situación compuesta por una atención social negativa debido a que se incurre en transgresiones de normas, protestas y quejas.

Dentro de la descripción clínica desde el modelo dimensional, el síndrome externalizante se refiere a conductas predominantemente desorganizadas, comprende procesos atencionales, comportamiento agresivo y delincuente. Estos comportamiento son proyectados hacia los demás, manifestándose a través de amenazas, peleas, mentiras y robos (Montserrat, 2009).

A su vez, autores como Correa, Montoya, y Romero, (2009) quienes se han referido al síndrome externalizante, como una manifestación caracterizada por excesos conductuales, perturbación evidente propia de los problemas de control conductual, presentando agresividad y actitud hostil o amenazante hacia otros.

De la misma manera que en el síndrome internalizante, el externalizante presenta concordancia con el modelo diagnóstico categórico, pero en esta oportunidad, se inclina por la descripción de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, como categoría global. Estas alteraciones de conducta indican irritabilidad, impulsividad, agresividad, inatención y comportamiento disruptivo (López-Soler, et al. 2010).

Por tanto se afirma que la agrupación de síntomas de comportamiento agresivo y conducta delincuente forma el síndrome externalizante. Sin embargo, en diversos estudios se ha identificado una importante relación y/o comorbilidad con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Abad, Forns, y Gómez, 2002).

En cuanto a la diferenciación de género y edad, el síndrome externalizante cuenta con mayor prevalencia en niños y jóvenes, debido a que en esta etapa del desarrollo se presenta un incremento de este tipo de conductas, pero que a su vez estas conllevan alteraciones en el funcionamiento cognitivo, como la atención y conductualmente ocasiona un patrón de agresión (Fernández, et al. 1999).

Teniendo en cuenta los resultados de un estudio longitudinal de 24 años realizado por Reitz, Dekovic, y Meijer, (2006), mostraron los problemas externalizante de inicio muy temprano en la infancia y la adolescencia es un riesgo para el desarrollo de problemas en la adultez, especialmente, comportamiento disruptivo, problemas de ansiedad y estado de ánimo. Las autoras resaltan la asociación entre conducta externalizante en la infancia y problemas internalizantes en la adultez. De manera particular, la violación a la propiedad privada y la agresión son síntomas de psicopatología relacionados a conducta delictiva que en la adultez deriva a un trastorno de personalidad antisocial.

Finalmente, el síndrome externalizante predice un bajo desempeño académico, consumo de sustancias psicoactivas y comportamiento antisocial, de manera que las características desadaptativas permanecen estables en el tiempo, presentando un mayor incremento a medida que aumenta la edad (Henao y Mahecha, 2005).

Así mismo Achenbach, et al. (2008) han resaltado una tercera dimensión denominada síndromes mixtos. Esta dimensión está relacionada con alteraciones importantes adaptativas de pensamiento y competencia social.

Síndromes Mixtos

El síndrome mixto se caracteriza por la presencia de problemas atencionales, del pensamiento y problemas sociales, se ha encontrado relación entre internalizante y externalizante con este síndrome, de acuerdo con lo presentado por Abad et al., (2002), Valdivia y Codensa (2002) y Ruiz, et al. (2007); coinciden en las consecuencias desadaptativas relacionadas con la ineficiencia en los procesos cognitivos y socioemocionales.

Evaluación de los problemas de comportamiento Externalizante.

El autoinforme Youth Self Report YSR Achenbach, et al. (2001); es un sistema de evaluación conductual para obtener información sistematizada directamente del reporte de los niños y adolescentes entre 11 y 18 años que evalúa el funcionamiento emocional y conductual Abad, Forns y Gómez, (2002). El YSR, evalúa el grado en que el problema conductual o emocional refleja manifestaciones de problemas, así como las diferencias y similitudes en el funcionamiento infantil. La estructura del YSR, se conforma por dos secciones. La primera sección evalúa el funcionamiento adaptativo evaluando las competencias sociales en actividades, delimitada en el número de deportes que practica, la habilidad y dedicación a los deportes, las

actividades recreativas en cantidad, calidad y dedicación, la participación en organizaciones, número de amigos, el tiempo de interacción con ellos, y la forma de relacionarse con otros. En la segunda sección, se encuentra la escala de problemas de comportamiento consolidada por 112 ítems distribuidos en ocho dimensiones (Achenbach y Rescorla, 2001).

El YSR, evalúa el comportamiento de los últimos seis meses y se responde en una escala tipo Likert con tres opciones de respuesta (0 = *no es cierto*, 1 = *algunas veces*, 2 = *muy frecuente*). En cuanto a la calificación, la escala establece un agrupamiento de dimensiones psicopatológicas enmarcadas en síndrome internalizante, externalizante y mixto. Su interpretación permite emitir un juicio diagnóstico en relación al grado por el cual los reactivos corresponden al comportamiento exhibido.

El YSR, cuenta con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach superior a .90. Su estructura factorial se conforma por 8 subsíndromes: Internalizante (ansiedad-depresión, quejas somáticas y aislamiento), síndrome Externalizante (conducta agresiva y delincuencia), síndrome mixto (problemas de atención, problemas de pensamiento y problemas sociales).

Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento de problemas externalizantes.

La terapia de aceptación y compromiso se suelen denominar de forma abreviada acrónimo ACT, proveniente del original del inglés: Acceptance and commitment therapy, aunque se ha popularizado en los últimos años, lleva a sus espaldas más de cinco lustros de desarrollo (Hayes, 1984). En esta dirección, ACT ha sido acompañada por otros modelos de intervención sustentada particularmente por los trabajos de Skinner (1957) sobre el lenguaje natural, denominada Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1991). Debido al énfasis en los procesos verbales y en la conducta dirigida por reglas en el marco de tratamiento

clínico, se ha popularizado la denominación de “terapias verbales” tanto para el caso de ACT como de PAF (Rey, 2004).

A nivel epistemológico en este apartado se van abordar los principios del conductismo radical y el contextualismo funcional, están defendidos sobre las implicaciones de la Teoría del Marco Relacional (RFT); la terapia de aceptación y compromiso para contextualizar el enfoque de intervención en que se basa este estudio. En consecuencia comprender su importancia en el tratamiento de trastornos psicológicos que incluyen, ansiedad, estrés, depresión problemas de conducta, con efectos terapéuticos evidenciados en los hallazgos de (Bricker, Hernández, Luciano, Roales, y Montesinos, 2009).

La teoría del marco relacional, ha mostrado como la terapia de aceptación y compromiso del cual se enunciará sobre los marco deícticos y jerárquicos, la desesperanza creativa, metáforas, defusion, y valores como soporte epistemológico en la intervención en los problemas de conducta (Luciano, Ruíz, Gutiérrez, López Sánchez, Torres, y Vizcaíno, 2011)

De igual importancia “Relational frame theory (RFT)” es un modelo teórico que da cuenta de la conducta verbal, en la psicoterapia depende de la conducta verbal para la intervención psicológica y puede ser potencialmente usada para tener cambios en el tratamiento psicológico especialmente en habilidades de seguimiento de reglas e instrucciones y la conducta privada (Barnes, Bond, Törneke, y Luciano, 2016).

De la misma manera Luciano, et al. (2011), describe la RFT con los aspectos comunes con los métodos de ACT; encontraron que estos métodos son consistentes con los cambios en la evitación experiencial. Desde la RFT, esto es visto como la función de la conducta de la persona y el malestar puede ser transformado por la comparación del yo deíctico y un marco jerárquico.

Contrariamente, la no aplicación de una intervención basada en ACT, de acuerdo con lo descrito por Luciano y Wilson, (2002) explican como la inflexibilidad psicológica provocan una disfunción psicológica y psicopatología. Mientras que por medio de la aplicación de ACT, se genera la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de permanecer en el momento presente, consciente de la propia experiencia privada y comprometido con la realización de acciones valiosas. Los autores consideran esto como un modelo de salud mental, para que las personas integren a su vida mayor eficiencia conductual.

Hayes y compañía, (2004), explica otro elemento fundamental para la intervención en terapias de tercera generación , indicando sobre la actitud que deben adoptar el terapeuta si pretende conseguir los objetivos; a) lo que el cliente experimenta no es el enemigo abatir, lo perjudicial, o incluso lo traumático, es luchar por no experimentar lo que se experimenta; b) no puede ser el terapeuta quien rescate a los clientes de sus dificultades y del reto que supone crecer; c) sin perder la actitud compasiva, no acepte razones; la cuestión no es lo razonable que pueda ser algo, si no su utilidad; d) si el cliente se siente atrapado, frustrado, confuso, asustado, enfadado o ansioso, eso es justamente lo que necesita trabajarse y convertir la barrera en una oportunidad; e) si el terapeuta se siente atrapado, frustrado, confuso, asustado, enfadado o ansioso, el trabajo se humanizará por ello; f) Es más importante hacer lo que se dice que decir lo que hay que hacer; g) No discuta, lo importante es la vida del cliente , no las opiniones del terapeuta; y h) lo importante es siempre la función (que cumple la conducta) no su forma o su frecuencia.

Es decir que con los elementos de ACT, las personas están orientadas a responder a lo que quieren, estar alejado del dolor o la incomodidad. Por medio de los ejercicios experienciales se puede guiar a la persona hacia adelante y hacia atrás en el tiempo para que se dé cuenta de las

consecuencias de su comportamiento y las diferencié como eventos privados reconociéndolos como miedos, falta de confianza, y expectativas negativas (Luciano, et al., 2011)

Dado que ACT ha concebido la función adaptativa de tener el control de las experiencias aversivas, Brennan y compañía (2009) describieron que esto permite a las personas a respondan menos literalmente a sus pensamientos y sus emociones. La intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso finalmente, aplica la defusión cognitiva, para permitir notar sobre los eventos privados y las reacciones psicológicas, la valoración a las direcciones valiosas de la vida.

De acuerdo con los resultados de Ruiz, Luciano, Vizcaíno y Sanchez, (2012) y Gómez, et al., (2014), la intervención basada en ACT, ha mostrado resultados mejoría basada en evidenciada en casos de fobia a la oscuridad, en problemas de conducta ansiedad, trastornos alimentarios y abuso de sustancias, y desorden emocional moderado. Mostraron su efectividad en la consecución de objetivos terapéuticos, generando nuevos repertorios de autocontrol en el niño para estar en presencia de la sensación de miedo, sin que esto le limitara su vida.

Desde esta perspectiva ACT, estos trastornos aparentemente diferentes comparten funcionalmente una característica en común; los intentos individuales de controlar o evitar la experiencia aversiva. Es por eso que la terapia de aceptación y compromiso presenta el soporte basado en el análisis funcional del lenguaje humano y la cognición. Ya que esta teoría permite un incremento de la flexibilidad psicológica por medio de “Defusion” y “valores”, componentes de la práctica clínica. Esta teoría aplica metáforas y ejercicios experienciales como herramientas de la intervención. Por tanto se busca identificar jerárquicamente pensamientos y sentimientos que llevan a la evitación experiencial (Luciano, et al., 2011).

Por otro lado Luciano y Wilson, (2002), referenciaron la intervención en valores ayudándole al cliente a hacerse consiente de su experiencia y no centrarse en el síntoma ya que eso hace que se pierda la dirección de la vida. Ayudándole a direccionarse acciones valiosas y generando en él distanciamiento de los contenidos psicológicos potencializando el yo-contexto.

Sustentando lo anterior Gómez, et al. (2014) consideraron en su estudio elementos como la inflexibilidad psicológica como evitación experiencial o insistencia psicológica que es donde contiene los problemas psicológicos; la evitación experiencial, resulta relevante ya que se encuentra en el déficit de atención e hiperactividad, el consumo de alcohol y drogas, los autores han descrito como la aceptación y las estrategias de valores son significativos para promover la aceptación de los eventos privados, haciendo que las personas consideren si se comportan de acuerdo a su valores los cuales puede elegir libremente.

De acuerdo con lo propuesto por Gómez, et al. (2014) por medio de este tipo de intervenciones la persona puede lograr repertorios de autocontrol, ampliando sus acciones a la flexibilidad psicológica, bajo el planteamiento de que los adolescentes pueden conducir sus problemas basándose en los resultados obtenidos en análogos experienciales de los procesos verbales involucrados en los métodos de ACT; impactando el patrón persistente de evitación experiencial.

Adicionalmente , la evidencia empírica ha demostrado como las terapias de tercera generación, han explicado a la denominación del trastorno de evitación experiencial (TEE) o evitación experiencial destructiva (EED); estos problemas predominan bajo la regla de “no estar dispuesto”, a establecer contacto con las experiencias privadas molestas, los estados o sensaciones, pensamientos y recuerdos molestos, problemáticos o negativos”, y reaccionar fusionado a ello, lo que deriva, con frecuencia en consecuencias de alivio y sensación de

coherencia, de estar haciendo lo que se puede hacer. Es decir un seguimiento de reglas problemáticas limitantes priman las contingencias mediadas por otros o contingencias naturales a corto plazo pero problemáticas en el largo plazo (Luciano, 2016).

Es por eso que lo relacionado con el síndrome de evitación experiencial se concibe el “sufrimiento” como parte inseparable del ser humano, se ha evidenciado que sentirse mal no es algo natural, anulando los pensamientos o sensaciones lo antes posible para evitar sufrir, dejando que surja un alivio a corto plazo, mientras que a largo plazo o el costo va a ser más alto manteniéndose en un patrón de evitación que produce malestar de forma crónica, generalizada y consecuentemente infectiva. Viviendo en una vida limitada en varias áreas de funcionamiento, desde ACT se consideraría como un trastorno de evitación experiencial TEE (Luciano y Wilson 2002).

Una de las características del TEE, se considera que es de naturaleza verbal; es una regulación verbal y está presente cuando la persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas vividas aversiva mente. Otra de las características es que se trata de una clase funcional limitante, cuando se presenta se identifica porque la persona ha aprendido a responder ante la presencia de eventos privados de forma aversiva, con diferentes topografías o reacciones basándose en la eliminación o evitación del evento privado.

Por los componentes anteriores se han presentado los aspectos centrales de la terapia de aceptación y compromiso que contiene el TEE, la evitación experiencial que conlleva a la flexibilidad psicológica, de acuerdo con lo expuesto en Gil-Luciano, et al., (2017) la flexibilidad psicológica mejora con defusion y el “yo”- contexto, el cual soporta la teoría del marco relacional en la mayoría de procesos básicos;

ya que involucra la discriminación conductual a través de una relación jerárquica con el déctico I, y reglas aumentando apetitivas.

Desde la terapia de aceptación y compromiso la flexibilidad psicológica definida en características psicológicas de bienestar, es el concepto central de la terapia de aceptación y compromiso, así como defusión y valores. En la práctica de ACT, contienen un rango de conceptos no clínicos que ayudan a describir o explicar un fenómeno clínico y los cambios en el proceso. Se ha considerado la psicopatología como una instancia de principios generales funcionales. Esto conserva las bases tradicionales de la terapia de conducta TB, sobre las metáforas de contexto, y los principios operantes. En adición ACT, es un punto de conducta verbal, esta conceptualizado funcionalmente como la habilidad para responder relacionamente entre el estímulo que es una parte de las propiedades de los estímulos del individuo con propiedades físicas o no arbitrarias (Luciano, 2016; & Luciano y Wilson, 2002).

Adicionalmente, la terapia de aceptación y compromiso Ruiz, et al., (2018), proponen identificar el patrón de pensamiento repetitivo negativo (RNT) una aproximación funcional-contextual entre el lenguaje y cognición; denominado como evitación experiencial (EA), esta condición puede mantener un desorden emocional. El patrón repetitivo negativo puede ser identificado en un desorden emocional, estrés postraumático, ansiedad social y ansiedad generalizada algunos de estos pensamientos pueden tener una función adaptativa.

Para lograr cambiar la actitud de evitación experiencial y deshacer la función cognitiva, la ACT recurre herramientas no convencionales en la terapia no cognitivo- conductual, entre ellos se encuentra el lenguaje metafórico, el cual resulta particularmente útil en la ACT por varias razones; primero, porque no es específico ni prescribe nada concreto, por tanto no deja clara “la regala a cumplir” (p.ej. qué pasos tengo que dar para liberarme de mi

ansiedad);segundo, las metáforas son más como pinturas y no tanto discursos verbales lógicos y lineales, antes que nada ofrecen una imagen sobre cómo funcionan (o puede funcionar) las cosas en un contexto determinado; y tercero, las metáforas se recuerdan fácilmente y pueden emplearse en muchos contextos y no solo en el que se aprendieron (Barraca, 2007).

Autores como Ruiz, et al. (2018) han descrito que existe una relación entre evitación experiencial y el patrón de pensamiento repetitivo negativo, principalmente un pensamiento disparador está construido en la historia de aprendizaje y usualmente se convierte en la relación jerárquicamente con disparadores entre pensamiento y emoción. Con presencia de miedo, y no alcanzar metas así como la incoherencia.

Ruiz, et al., (2018) La implicación practica da cuenta de protocolos breves de terapia de aceptación y compromiso principalmente enfocado sobre una un construcción disruptiva de RNT en respuesta a los disparadores en lo más alto de la jerarquía deben ser producido con cambios rápidos y ser particularmente efectivo para el tratamiento de desorden emocionales.

Objetivo General

Analizar la eficacia de terapia de aceptación y compromiso en problemas de comportamiento externalizante en adolescentes de 12 a 18 años con el protocolo de intervención breve desarrollado por Gómez, et al. (2014) en adolescentes colombianos.

Objetivos específicos

Analizar el efecto del protocolo en la frecuencia de conductas disruptivas indicadas por los profesores.

Analizar el efecto del protocolo en la frecuencia de conductas disruptivas indicadas por los padres.

Analizar el efecto del protocolo en la frecuencia de conductas valiosas reportadas por los adolescentes.

Método

Tipo de Estudio y Diseño de Investigación

Este estudio corresponde a un diseño de pre prueba-post prueba con un solo grupo de tipo ensayo clínico libre, este diseño se justifica cuando a un grupo se le aplica una prueba previa al tratamiento, después se administra el tratamiento y finalmente se aplica una prueba posterior. Según las convenciones de diseño de investigación correspondería a: (G- 01- X- 02) (Sampieri, Collado, y Lucio, 2006).

Población y muestra

En este estudio participaron 5 adolescentes con edades entre 11 a 18 años de edad, los criterios de inclusión fueron estar escolarizados en grados de 6° a 11°, y encontrarse derivado al comité de convivencia escolar por presentar comportamiento disruptivo de tipo externalizante; los criterios de exclusión fueron tener historia de trastornos de aprendizaje o retraso en el desarrollo. Dentro de las Características sociodemográficas de la muestra estuvieron compuestas por adolescentes residentes del área rural, se reportan un estrato socioeconómico 1 y 2. El 100% de la muestra fueron hombres, las características de los padres de familia, se encuentran bajos niveles de escolarización y presencia de trabajo informal o de agricultura.

Instrumentos

- ***Youth Self-Report para adolescentes***, El autoinforme Youth Self Report (YSR; Achenbach et al., 2001) fue aplicado en población mexicana y española como lo describe Valencia y Andrade (2004); Indicando las propiedades psicométricas del YSR. Es un

instrumento que tiene dos secciones. En la primera, se mide la competencia social y la segunda evalúa problemas de comportamiento a través de 112 ítems distribuidos en 8 dimensiones: ansiedad-depresión, aislamiento-depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conducta de romper reglas, comportamiento agresivo y otros problemas de conducta. El YSR ha evidenciado propiedades psicométricas confiables, con una consistencia interna alrededor de .90 Achenbach y Rescorla, (2001); Abad, Forns y Gómez (2002). En el estudio de Wyss y compañía (2003); quienes evaluaron la consistencia interna y la validez para la aplicación del YSR en una muestra Franco- Canadiense en adolescentes de 13 a 18 años identificando un nivel de confiabilidad alfa de Crombach de .083 a .092.

-El Child Behavior CheckList CBCL de 6 A 18 años, Registro conductual de padres (CBCL; Achenbach y Rescorla, (2001) en Colombia fue aplicado a adolescentes en el estudio de Hewitt y Moreno, (2018); es un instrumento conformado por dos secciones; una de competencia social, y la segunda sección evalúa problemas de comportamiento de adolescentes, es completado por los padres, describiendo las habilidades del adolescente y problemas de comportamiento, esta sección se conforma por 113 ítems con tipo de respuesta tipo Likert de 0,1, y 2. Este cuestionario ha demostrado que posee una confiabilidad de .79 para escala de competencia social y .78 a .97 para la sección de síndromes o comportamiento específico, para la escala total la confiabilidad es de .95 (Achenbach y Rescorla, 2001).

-Auto registro conductual de adolescentes Es un instrumento que permite evaluar la frecuencia de conductas reportadas por los adolescentes en términos de acciones valiosas para la fase de tratamiento. Los elementos propuestos adaptados a la población incluían reporte de situaciones, emociones, nivel de intensidad de la emoción, pensamientos, descripción del grado

en que pensó en eso refiriéndose al patrón de pensamiento inflexible, así como las consecuencias sobre el comportamiento.

-Ruminative Responses Scale –versión Short Form (RRS-SF. 2017) Escala de medición que permite evaluar el grado de rumia enfocada al análisis y la búsqueda de explicaciones, conformada por dos subescalas; reflexión y reproches. Esta escala permite inferir el grado de rumia enfocada al análisis y la búsqueda de explicaciones para reflexión, en cuanto a reproches el grado de rumia enfocada a la lamentación. Por ejemplo, un ítem de reflexión sería, “*Analizó los sucesos recientes para entender por qué estoy deprimido*”, y uno de reproche “*Pienso en por qué no puedo controlar las cosas mejor*”. Las puntuaciones de 13 o superiores en cada una de las subescalas pueden considerarse puntuaciones altas (Ruiz, et al. 2017).

- Values Questionnaire (VQ) (Development of the Valuing Questionnaire). Es un instrumento que permite evaluar por medio de dos subescalas de obstrucción de progreso el grado de dificultad para encaminarse a valores en la última semana, un ítem de la subescala de obstrucción es “*Cuando las cosas no fueron según lo planeado, me di por vencido fácilmente*” y un ítem de progreso “*Me sentí como si tuviera un propósito en la vida*”, las puntuaciones promedio de muestras clínicas y no clínicas indican, en participantes no clínicos la calificación esta entre 18 a 20 puntos para la subescala de progreso, para obstrucción la puntuación es de 10 a 12, en la muestras clínicas las puntuaciones de progreso de 16 a 18 puntos y para la subescala obstrucción es de 15 a 17, respectivamente (Ruiz, et al. 2014).

Procedimiento

Fase I. Selección de muestra y aplicación.

Se estableció contacto con una institución educativa publica quien autorizo participar del estudio, por medio del comité de convivencia escolar se derivaron los participantes por

presentar problemas de comportamiento en esa fase se realizó convocatoria a padres de familia a quienes se les socializó el estudio y se solicitó la participación de sus hijos, para este momento se realiza la aplicación del consentimiento informado bajo los parámetros establecido en el código deontológico y bioético en Colombia en cuanto a la explicación, y custodia de la información obtenida en el proceso de investigación (Ley 1090 del 2006). Por tanto la muestra se seleccionó bajo los criterios de inclusión del estudio.

En esta fase se realizó el proceso de evaluación para adolescentes, padres y docentes, se solicitó inicio al proceso de auto registro durante al menos 2 semanas por cada participante. Asimismo en esta fase se aplicó el consentimiento informado, el autoinforme YSR, la escala RR-SF, la escala de valores VQ, en el grupo de adolescentes, a los padres de familia se les aplicó CBCL y se distribuyó a los profesores TRF cuestionario de la evaluación de problemas de comportamiento para profesores de (Achembach y Rescorla, 2001).

Fase II. Entrenamiento de protocolo ACT.

Una vez obtenida la medidas del comportamiento arrojadas en la batería aplicada a los adolescentes se dio inicio a la fase B de (tratamiento), en esta se realiza la aplicación de las 4 sesiones propuestas en el protocolo breve de Gómez, et al.(2014); durante las sesiones se buscó lograr una relación terapéutica con el adolescente y promover la responsabilidad personal, se buscó confrontarlo con los efectos de la regulación conductual, y la desesperanza creativa, para la tercera y cuarta sesión el trabajo se enfatiza en aclarar los valores y acciones valiosas; se trabajó con ejercicios experienciales de defusion para que el adolescente pueda hacer cambios y sea consciente de sus experiencias privadas actuando en dirección a sus valores.

De acuerdo con lo indicado en el protocolo todos los participantes se involucraron de forma voluntaria, se les garantizó la confidencialidad, las sesiones se llevaron a cabo durante

horas escolares, cada sesión con una duración de 90 minutos, todas las sesiones fueron grabadas con la autorización de los participantes concretamente las sesiones tuvieron los siguientes contenidos y objetivos:

Sesión 1.

“Generando un nuevo contexto para la interacción terapéutica y análisis de la eficacia de clases de conducta”. Se enfoca en la construcción de una relación terapéutica para ello, se indicó y aseguró al adolescente acerca de la confidencialidad de las sesiones y ofreció la posibilidad de realizar la intervención voluntariamente. Con cada participante se buscó establecer una relación desde un marco verbal para tener una adecuada relación terapéutica, se buscó que los adolescentes se contextualicen sobre la terapia para comenzar la sesión, el aplicador debe informar al adolescente sobre la metodología y contextualización para introducirlo a la terapia de aceptación y compromiso y la relación terapéutica en un marco verbal de importancia en la terapia.

Se le pide permiso al adolescente para hacerle preguntas del comportamiento que tienen en clase, en seguida se mencionan ejemplos de regulación de la conducta problemática. Se introduce el siguiente diálogo: “Te invito a hablar sobre lo que te gustaría mejorar en tu vida y cuáles son los objetivos que realmente te gustaría alcanzar”. El terapeuta debe generar unos compromisos con los adolescentes para los objetivos y metas que se eligieron para él. Para hablar de los insultos, amenazas a sus compañeros de la clase porque él estaba enojado o cuando alguien los miraba amenazadoramente. En cuanto a la ejecución se incluyó la metáfora de “dos escaladores”, dentro de los materiales utilizados para esta sesión se diseñó el formato de registro

de conductas problemáticas, lápices/esferos, cámara de video, material de metáfora “los dos escalones”

Sesión 2.

“Contactar con las consecuencias”, la sesión corresponde en acompañar al adolescente en contactar con las consecuencias de la conducta externalizante, identificando el patrón inflexible, de pensamiento y contactar con consecuencias a corto y largo plazo. Los adolescentes podrían comprender sus propias experiencias y eventos privados, intentar la identificación de su patrón de evitación experiencial derivando las funciones verbales que ha mantenido en su historia personal, así como notar sus eventos privados y permitirle derivar en contactar con las consecuencias de su comportamiento.

En la introducción al establecimiento de la experiencia de la desesperanza creativa a través de múltiples ejemplos de un problema de conducta en clase. El terapeuta procede a realizar múltiples ejemplos de conductas problemáticas que el adolescente reportó como estar controlados por un amplio rango de eventos privados aversivos: rabia, humillaciones, tristeza, frustración, etc. Se ponen encima de la mesa las reglas que direccionan su reacción agresiva y se favorece que el adolescente contacte con la consecuencia de su patrón conductual en el corto plazo y largo plazo. Para la identificación del patrón inflexible de pensamiento se utilizaron hojas para escribirla jerarquía de pensamientos para cada participante.

Además, se pidió a los adolescentes que prestaran atención al efecto inmediato de su comportamiento y al efecto acumulativo de estas reacciones o las consecuencias a largo plazo.

Es decir, se les preguntó acerca de la recompensa por su comportamiento al seguir sus propias reglas (por ejemplo, los demás se callaron la mayoría de las veces, sus nervios se calmaron y se sintieron bien al dejar en claro quiénes son, etc. acumulativos en sus emociones,

nervios y pensamientos de estar amenazados o la sensación / pensamiento de no estar en lo correcto. Del mismo modo, el terapeuta preguntó sobre el tipo de persona que estaban siendo y si se estaban perdiendo objetivos importantes y direcciones de vida. Al final de la sesión, se invitó a los adolescentes a completar el auto informes para permitirles monitorear su comportamiento (sentimientos, pensamientos, recuerdos, etc.).

Sus reacciones al respecto y, finalmente, explorar las consecuencias de sus actos. Los adolescentes se comprometieron voluntariamente a observar las consecuencias de sus acciones a corto y largo plazo, tanto para ellos mismos como para las demás personas.

Sesión 3.

“Clarificación de valores y planificación de acciones valiosas”. En esta sesión se ayuda a los participantes a discernir qué quieren conseguir en sus vidas y, en términos generales, las metas a corto, mediano y largo plazo, con énfasis sobre la habilidad de los participantes para elegir libremente sus valores y la responsabilidad personal sobre cualquiera de sus acciones. Los adolescentes podrán aclarar el componente de valores y direcciones valiosas como un contexto para que los adolescentes elijan objetivos y metas coherentes con dicha direcciones, seleccionar acciones concretas dirigidas a la consecución de metas que puedan ser llevadas a cabo con frecuencia, detectando las barreras psicológicas que surjan al actuar en dirección a metas importantes y experimentar las consecuencias a corto y medio/largo plazo de comportarse bajo control de esas barreras (la rabia, las ganas de conseguir lo que desean inmediatamente, el rechazo, la frustración) o, bien, bajo control de algo importante para ellos. En cuanto al Procedimiento se realiza un contexto para involucramiento del ejercicio experiencial, en el cual él debe plasmar los valores que ayudan a avanzar en cambios de la conducta externalizante. Se

establece una experiencia de desesperanza creativa a través de múltiples ejemplos de comportamiento problemático en clase. Se procedió a analizar los múltiples ejemplos de comportamiento problemático que los adolescentes informaron que estaban controlados por una amplia gama de eventos privados aversivos. Rabia, humillación, enojo, frustración. Haciendo hincapié en los sentimientos de incomodidad. Los factores desencadenantes y las reglas que impulsaron sus reacciones agresivas. Se centró en las consecuencias de su comportamiento a corto plazo y en el contexto de las cosas que valoraban en sus vidas. Se dio a los adolescentes la oportunidad de verse reaccionando de manera similar durante años y las consecuencias de lograr las vidas que les gustaría. Por ejemplo, reaccionar agresivamente podría ayudarlos a sentirse bien a corto plazo, pero a largo plazo, puede que no, porque tenían problemas con los maestros y serían expulsados de la escuela. Se preguntó por qué quedarse en la escuela era realmente importante para ellos y los adolescentes mencionaron una serie de objetivos que no se lograrían sin obtener un título. Se les preguntó repetidamente por qué estas cosas eran importantes para ellos hasta que los adolescentes expresaron muchos objetivos de vida. Una vez que se establecieron estos objetivos, el terapeuta procedió a confrontar su patrón de comportamientos impulsivos con estos objetivos valiosos preguntándoles si sus comportamientos agresivos e impulsivos los alineaban con estos objetivos, o se alejaban de ellos. También les pidió que se observaran a sí mismos realizando estos comportamientos durante toda su vida y qué imagen podrían tener de sí mismos.

Esta secuencia sirvió para establecer las condiciones para el siguiente paso importante: aclarar direcciones valiosas. Los materiales para la sesión son material de metáforas, hojas de notas, lápices esferos.

Sesión 4.

“Defusion” de los pensamientos, emociones, reglas y promoción de la experiencia de yo-como-contexto. Las estrategias de defusion permiten a los participantes practicar la observación de los eventos privados que ocurren en el momento presente. Esta estrategia está apuntando al establecimiento de funciones regulatorias de la experiencia de yo-como-contexto para que los participantes puedan elegir actuar acorde con sus valores.

Para comenzar la sesión se explica sobre Defusion, siendo el componente por medio del cual aprenderás sobre ejercicios para discriminar del yo como contexto y yo como contenido pensamiento, emociones, eventos privados para poder hacerse cargo de sus propios eventos privados y elegir sus acciones en dirección a sus valores. Defusion de pensamientos / emociones / reglas y la capacidad de experimentar el yo como contexto. Las estrategias de Defusion permitieron a los participantes practicar la observación de eventos privados a medida que ocurren en el momento presente. Estas estrategias están dirigidas a establecer funciones reguladoras para la experiencia de auto-contexto, de modo que los participantes puedan elegir actuar de acuerdo con sus valores sin importar los eventos privados que surjan en el momento presente.

En otras palabras, toda la intervención tuvo como objetivo promover el repertorio generalizado de discriminar el propio comportamiento continuo, incluidos los pensamientos y sentimientos, a través de un marco deíctico y jerárquico. Se buscó en los adolescentes generar la habilidad experiencial del yo como contexto a través de ejercitar Defusion. Dicho de otro modo, ejercitar la discriminación de uno y sus conductas, promover la regulación efectiva de la conducta desde esa discriminación. Para los materiales, se requirió de una cámara de video, notas adicionales de la metáfora. Por ejemplo, uno de los primeros ejercicios fue la fiscalización de las dimensiones del yo, que consiste en permitirle a la persona notar un pensamiento cuando

aparece, darse cuenta de lo que nota, notar o experimentar el contexto de esta manera de darse cuenta como YO, y note la experiencia de YO como el contexto para las acciones elegidas, Muchos otros ejercicios se adaptaron con el mismo objetivo (p. Ej., Escribir pensamientos en trozos de papel y guardarlos en el bolsillo, en base a Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; el ejercicio de contacto visual, (Hayes et al 1999, p. 244 Wilson & Luciano, 2002), p.199; el otoño y el ejercicio de las hojas, Pankey & Hayes, 2004, p. 320; Wilson & Luciano, 2002, p. 216); haciendo ejercicios de sentadillas y el círculo y los pedazos de papel para promover el auto-contexto in vivo, (Luciano, et al.,2009).

Vale la pena señalar que estos ejercicios estaban conectados a acciones específicas y las sensaciones y pensamientos que surgieron en esos momentos. Es decir, el terapeuta pasó por posibles escenarios futuros y situaciones conflictivas con el fin de brindar a los adolescentes la mayor cantidad de oportunidades posibles para notar los eventos privados que aparecen en estas situaciones y sus reacciones contraproducentes habituales y la reacción alternativa de participar en actividades valiosas. Acciones independientemente de los pensamientos y sentimientos que aparecen. Finalmente, también se realizaron ejercicios experienciales para que los participantes se vean a sí mismos a largo plazo cuando se comprometen en acciones elegidas.

La terapeuta indicaba: hemos estado hablando del aburrimiento, la rabia, la sensación de rechazo y otras emociones que te visitan en diversas circunstancias, por ejemplo, cuando te mandan algo para estudiar o tienes que ponerte a hacerlo, cuando tus padres o tus compañeros te miran o dicen cosas que no te gustan. Me gustaría que hicieras un esfuerzo aquí y te imaginaras esas sensaciones y pensamientos como si fueran olas del mar, a veces grandes, otras pequeñas, otras muy grandes. Imagina que tú estuvieras en la playa disfrutando del horizonte y viniese una ola inmensa. Imagina que para evitar que rompa, que se desborde, en fin, para controlarla y que

no altere tu vista de la playa, te tirases sobre ella ¿Dirías que desde dentro de la ola puedes ver con claridad el horizonte, la playa? ¿Podrías ocuparte de hacia dónde dirigirte en la playa si estuvieses en medio de esa ola? ¿Podrías, de veras, reducir esa ola gigante tirándote a ella? ¿Podrías ver el horizonte y la playa si en vez de tirarte sobre la ola, dieras unos pasos atrás en la playa, en el paseo marítimo? Puedes imaginar cómo desde el paseo marítimo hay espacio suficiente para ver que todas las olas terminan en espuma y, mientras, puedes tener el horizonte a la vista? Hoy quiero invitarte a practicar estar en la playa y observar las olas sin perder de vista el horizonte

Después de terminar las 4 sesiones se administró el post test teniendo en consideración las últimas dos semanas. Se realizó a posteriori prueba CBCL a padres y autoinforme YSR, y las escalas de RRS-SF, y VQ a los adolescentes. Los padres de familia fueron evaluados como punto de referencia antes y después de la intervención igual que los adolescentes.

Finalmente, en los resultados se obtuvo un estimador del tamaño del efecto de la intervención para diseños de caso único, del cual se determinará si dicho tamaño del efecto corresponde a la aplicación del protocolo de ACT, y se utilizaron los estadísticos respectivos para datos no paramétricos. Para la comprensión de este tipo de problemáticas en la población participante.

Tabla 1.

Resumen de las sesiones

	Objetivos	Actividades
<i>Sesión 0</i> Autorización e introducción al estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar el proyecto y aprobación de los centros educativos. • Autorización y presentación del estudio padres de familia • Aplicación CBCL padres de familia • Aplicación auto informe (YSR) 	Actividad A: Bienvenida y Presentación Actividad B: breve información sobre aspectos relacionados con la terapia de aceptación y compromiso Actividad C: explicación de diligenciamiento de auto registros y Auto informe: Actividad D: entrega del material-

<i>Sesión 1</i> estableciendo una relación terapéutica con los adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • introducción y contextualización de las sesiones y establecimiento de relación terapéutica en la terapia de aceptación y compromiso ACT. • compilar auto registros 	<p>cierre Crear base de datos participantes</p> <p>Actividad A. Contextualización de la Relación Terapéutica Actividad B: metáfora de los dos escaladores Aplicar específica de ejercicios</p>
<i>Sesión 2</i> Contactando con las consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> • favorecer que el adolescente contacte con la consecuencia de su patrón conducta externalizante. • Socavar el patrón de evitación experiencial 	<p>Actividad A: Ejercicio experiencial Identificar acciones valiosas</p>
<i>Sesión 3</i> Clarificación de valores	<ul style="list-style-type: none"> • favorecer la clarificación de valores y planificación de acciones valiosas para usar de medidas de protección. 	<p>Aplicar específica de ejercicios experienciales</p>
<i>Sesión 4</i> <i>Defusion</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción orientar a la aplicación de la técnica de Defusion de los pensamientos, emociones, reglas y promoción de la experiencia de yo-como-contexto. 	<p>Valoración del seguimiento reportado por el participante en relación a sus acciones valiosas</p>
<i>Sesión 5</i> <i>Post test</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Post test auto informe 	
<i>Sesión 6</i> cierre del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrega de resultados a los padres de familia 	<p>Realización de reunión de cierre</p>

Nota: protocolo se resumen en las sesiones descritas en la tabla 1, tomado de la base de datos de participantes al estudio.

Definición de variables.

Edad.

Rango cronológico del desarrollo de un sujeto que comprende una edad entre 12 a 18 años, esta variable se medirá por medio de la estimación de la fecha de nacimiento.

Género.

Condición sexual de índole biológico y psicofisiológico, delimitada en femenino y masculino reportada por el adolescente.

Rendimiento Académico.

Según los parámetros del colegio donde se llevó a cabo el estudio, los logros se discriminan de la siguiente manera: Insuficiente (I), aceptable (A), sobresaliente (S) y excelente (E). (Martínez y Moreno, 2009).

Escolarización.

Es una variable contextual de carácter formativo e instructivo formal de educación básica, los participantes cursan el grado Octavo 8°, Noveno 9°, Décimo 10°, Undécimo 11°..

Conducta agresiva,

De acuerdo con lo propuesto por Abad, et al. (2002); y López, et al. (2009), es un patrón de comportamiento agresivo de agitación psicomotora, caracterizado por desobediencia y comportamiento delictivo, es una perturbación directa de la conducta. Así mismo Galimberti, (2002) lo reporta como un comportamiento con tendencia a causar una lesión o destrucción a sí mismo o a otros.

Por tanto es un comportamiento desadaptativo que afecta la interacción del sujeto emitiendo golpes, mordiscos, como lo presenta Almonte, et al. (2006) el adolescente aprende una forma inadecuada de manejo de la frustración.

Conducta delictiva

Comportamiento perturbador que interfiere en varios contextos se caracteriza por la realización de hurtos dentro y fuera del hogar, consumo de sustancias, provocación de incendios, faltar a clase Achenbach y Rescorla, (2001); y Correa, et al. (2009) como un comportamiento expresado en tendencia a no acatar normas o transgredirlas, llevando armas, cometiendo asaltos, hurtando o mintiendo. Por tanto las peleas, la agresividad física, el destrozo de pertenencias

ajenas, amenazas a los demás, destrozo de las pertenencias propias, desobediencia en el colegio hacen parte de los comportamientos de la conducta delictiva (Achenbach y Rescorla, 2001).

Consideraciones éticas

El código deontológico Colombiano ordena en la (Ley 1090 de 2006), El Art. 5 se señala que los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

Art. 49, que los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

En el Art. 50 se señala que los profesionales de la psicología, al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

De acuerdo con los principios de American Psychological Association, (2017) y el código de conducta establecido orienta parámetros dentro de la investigación con relación al consentimiento informado en donde se debe informar a los participantes acerca del propósito del estudio, las expectativas de duración y procedimientos.

En lo descrito por la American Psychological Association, (2017) referencian sobre los preceptos en los procesos de investigación, de manera particular sobre el consentimiento

informado para los fines de este estudio se realizó una descripción detallada de los componentes de la investigación y manejo de información así como condiciones de participación voluntaria, para el cual los adolescentes firmaron de forma voluntaria. Con el libre desarrollo de la personalidad y la elección ética (Beneficencia y Autonomía), buscando brindar a los participantes la garantía del procedimiento frente a la necesidad de requerirle otros procedimientos recibirá la orientación o remisión de ser el caso fuera del alcance de los objetivos de la investigación. Buscando que el participante presente una equivalencia de costo –beneficio según sus condiciones de salud mental.

Teniendo en cuenta todos los preceptos éticos anteriormente referenciados y teniendo en cuenta el principio de no maleficencia particularmente, en los casos de los participantes con afectación clínica o psicopatología se les generó atención derivada a la Comisaria de Familia para verificación de derechos por condiciones familiares reportadas, y en el caso del participante con ideación y conducta suicida se generó contrato de manejo de crisis en donde se involucró a la mamá y dos docentes referidas por el adolescente, y se derivó por medio de remisión al servicio de salud IPS.

En cuanto a lo acordado con el centro educativo se llevó a cabo sesión de intervención en validación emocional, para los docentes de bachillerato del centro educativo, con el objeto de dar cumplimiento a lo acordado al iniciar la investigación en el centro educativo Francisco de Paula Santander y quien ha recibido la retroalimentación sobre el proceso de investigación.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el estudio para determinar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT, en problemas externalizantes en adolescentes de 11 a 18 años de edad en el contexto colombiano, por medio de la utilización del protocolo breve de 4 sesiones de Gómez, et al.(2014). En el estudio se realizó selección de una muestra de 5 participantes con edades en promedio de 14 años ($DT=1.3$); estaban matriculados en una institución educativa pública, presentan características sociodemográficas rural, derivados al comité de convivencia escolar con matrícula condicional por presentar problemas de comportamiento.

Inicialmente se realiza fase A, pretest de evaluación de comportamiento externalizante, se obtuvieron puntuaciones con el autoinforme YSR, Achenbach y Rescorla, (2001) relacionadas con la ocurrencia de conductas internalizantes, externalizantes y mixtos según los baremos de la muestra normativa se indica que los resultados obtenidos por los participantes corresponden a rangos límites y clínicos especialmente para quejas somáticas, conducta de romper reglas y comportamiento agresivo.

En la evaluación también se aplicó la escala de Rumia y preocupación RRS-.SF versión validada para colombiana por Ruiz, et al. (2017) la descripción específica de los participantes se describe en la tabla 2. De acuerdo con lo presentado por Luciano, et al. (2011); quienes refieren sobre los efectos y consecuencias negativas frente a mantener el patrón de rumia, impidiendo un adecuado funcionamiento para direccionar sus acciones y que sean valiosas e importantes. Se encontró que si existen diferencias entre el pre test, con una puntuación media de 9.4, para

reflexión y 9.6 para la subescala de reproches; mientras que en el post test, se presentó una tendencia de 10.8, Para reflexión y una puntuación media de 11.2 en la subescala de reproches.

En cuanto a la escala de valores VQ, Pre test subescala de obstrucción 13.8 y progreso 14.6, mientras que el cambio en el post test se observó con un incremento de la subescala de obstrucción con una puntuación media de 15.8 y en promedio para la subescala progreso fue de 16.0.

La intervención fue aplicada de forma individual, en sesiones de 90 minutos cada una. En cuanto a las características sociodemográficas de los padres se presenta un rango de edad promedio de 40 años ($DT=10.8$); la prueba CBCL fue contestada por las madres biológicas, con estado civil solteras un 40%, en unión libre 40%, y viudez 20%, la zona de residencia corresponde en un 80% provienen del área rural, y el 20% del área urbana. Con estrato socioeconómico 1. El cual corresponde al 20%, el 80% pertenece al estrato socioeconómico 2; sus ocupaciones y actividades económicas reportadas corresponden a actividades de jardinería, docencia, ama de casa, trabajadora independiente, manicurista, en todos los casos el cuestionario fue contestado de forma voluntaria y consintiendo el proceso.

Analisis de efectividad.

Tabla 2.

Puntuaciones pre y post tratamiento con el Autoinforme YSR, Rumia y Valores.

	PRETRATAMIENTO					POS TRATAMIENTO				
	TOTAL *YSR	**RR-SF (REF.)	RR-SF (REP.)	***VQ OBST.	VQ PROG.	TOTAL YSR	RR-SF (REF.)	RR-SF (REP.)	VQ.OBS	VQ PROG.
P.1.	160.0	12.0	9.0	15.0	12.0	95.0	14.0	15.0	10.0	11.0
P.2.	89.0	7.0	6.0	15.0	6.0	64.0	8.0	10.0	16.0	13.0
P.3	55.0	9.0	13.0	11.0	20.0	57.0	8.0	12.0	11.0	20.0
P.4.	67.0	12.0	14.0	18.0	12.0	52.0	18.0	12.0	18.0	12.0
P.5.	59.0	7.0	6.0	10.0	23.0	14.0	6.0	7.0	24.0	24.0
Total	419.0	47.0	48.0	69.0	73.0	282.0	54.0	56.0	79.0	80.0
Media	86.0	9.4	9.6	13.8	14.6	62.2	10.8	11.2	15.8	16.0
DT	43.4	2.5	3.8	3.3	6.8	25.3	5.0	2.9	5.7	5.7

Nota. Se presentan los datos de cada uno de los participantes en puntuaciones crudas en cada una de las subescalas, *pre prueba: autoinforme YSR (Achenbach y Rescorla 2001). ** Escala Rumia (RRS-SF) Ruiz et. al 2017) *** Escala de valores VQ). (Ruiz et al 2014).

Los datos corresponden a las puntuaciones obtenidas por los participantes con el YSR, ($M=86$), en la escala de rumia RR-SF (9.4- 9.6) para reflexión y reproches respectivamente, en el cuestionario de valores la puntuación osciló ($M=13.8-14.6$) en la subescala de obstrucción y progreso respectivamente. La descripción de los datos evidencia diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el pre tratamiento y pos tratamiento, estas diferencias se observan en la desviación estándar para los instrumentos utilizados. En el autoinforme YSR, en pretratamiento ($M=86$; $DT=43.4$), en la escala de RR-SF con ($M=9.4$; $DT=2.5$), la escala de valores VQ obstrucción/progreso ($M=13.8$; $DT=3.3$), los datos que soportan cambios obtenidos en pre tratamiento y post tratamiento.

Para dar respuesta al planteamiento hipotético del estudio sobre la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso y basando el análisis se desarrolló la estimación de los rangos en la prueba Wilconxon, se estimó el nivel de esas diferencias halladas en estos resultados. Principalmente se evidencio cambio conductual relacionado al síndrome externalizante.

Tabla 3.

Puntajes del autoinforme YSR sintomatología psicológica pre y post test.

Dimensión	Autoinforme YSR						
	Media				Z	W (p value)	D- cohen
	Pre	Post	Pre	Post			
Ansiedad	11.00	6.00	7.50	4.00	-2.03	0.04	0.09
Aislamiento	7.00	6.00	3.80	5.30	0.00	1.00	0.02
Quejas somáticas	8.00	6.60	4.10	4.00	-1.36	0.17	1.43
Problemas sociales	9.00	7.20	5.30	2.50	-0.74	0.49	1.52
Problemas del pensamiento	7.60	5.40	6.80	2.40	-0.41	0.68	0.43
Problemas de atención	8.40	7.00	3.30	2.50	-0.96	0.34	0.47
Conducta de romper reglas	9.00	6.20	6.40	5.01	-1.80	0.07	0.07

Conducta agresiva	16.00	14.20	7.80	3.70		-0.68	0.50	0.47
Otros problemas	7.20	4.60	4.00	2.40		-1.28	0.20	0.78
síndrome Internalizante	11.00	6.00	7.50	4.00	10.20	-0.92	0.35	0.08
síndrome Externalizante	7.00	6.00	3.80	5.30	2.60	-1.82	0.07	0.16
Escala total	8.00	6.60	4.10	4.00	29.00	-1.75	0.08	1.28

Nota. DT: *Desviación Típica*. Estimación con la prueba de wilconxon ($p < .05$) y estimación del tamaño del efecto con la $D\text{-Cohen} = (p < .05)$ según rangos de tamaño de efecto descritos en <https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx>.

De acuerdo con el nivel predictivo del autoinforme YSR, de Achembach y Rescorla, (2001), describen 8 factores en los que normalmente se agrupan el síndrome internalizante y externalizante, para los resultados obtenidos se identificaron altas puntuaciones en el pretest en conducta agresiva, escala externalizante y escala total. En comparación con el post test se encontró disminución en conducta agresiva, externalizante y escala total. Indicando cambios entre las fases.

Por tanto la tabla 3, refleja el tamaño del efecto de los cambios reportados basándose en las puntuaciones obtenidas en la fase pre y post del tratamiento con la terapia de aceptación y compromiso en problemas de comportamiento externalizante. Por ejemplo; en la dimensión de ansiedad la ($w = 0.04$), para conducta agresiva ($w = 0.5$), en otros problemas ($w = 0.20$); así mismo se observan cambios en el síndrome internalizante ($w = 0.36$), en el síndrome externalizante ($w = 0.07$) y para la escala total estas diferencias corresponden a ($w = 0.08$). En general, se puede afirmar que la puntuación obtenida después del tratamiento difiere de la puntuación de evaluación (pretest) antes del tratamiento, con el protocolo breve de Gómez, et al. (2014) Indicando una significación de ($p < 0.05$). En cuanto a la estimación del tamaño del efecto, esté se enfatiza en dimensiones de ansiedad ($D\text{-Cohen} = 0.09$), aislamiento ($D\text{-Cohen} = 0.02$), problemas de pensamiento ($D\text{-Cohen} = 0.43$), problemas de atención ($D\text{-Cohen} = 0.47$), conducta de romper reglas ($D\text{-Cohen} = 0.07$), conducta agresiva ($D\text{-Cohen} = 0.47$), internalizante ($D\text{-Cohen} = 0.08$), externalizante ($D\text{-Cohen} = 0.16$) como efecto pequeño; después

del tratamiento, adicionalmente en otros problemas ($D-Cohen=0.78$) se puede afirmar que existió efecto mediano después del tratamiento. Es por la estimación de los rangos en la prueba Wilconxon que se puede afirmar de manera particular que existieron diferencias estadísticas significativas en la dimensión externalizante con una significancia de ($w=0.07$) y un tamaño de efecto del ($D-Cohen=0.16$) indicando un efecto pequeño, el cual está relacionado al tamaño muestral.

Con relación a la medidas obtenidas en la muestra normativa no referenciada para el YSR, las puntuaciones t corresponden a ansiedad/depresión puntuación ($t=54.2$), en el factor de aislamiento/depresión ($t=54.3$), para quejas somáticas ($t=54.2$), en problemas sociales ($t=54.3$), problemas de pensamiento($t=54.1$),problemas de atención ($t=54.4$), conducta de romper reglas ($t=54.2$) y conducta agresiva($t=54.2$), mientras que las dimensiones internalizante ($t=50$) externalizante ($t=50.1$), la escala total ($t=50$);(Achenbach y Rescorla, 2001).

Estas medidas normativas corresponden al parámetro de inclusión en psicopatología externalizante; por tanto, las puntuaciones descritas en la tabla 3, demuestran que fueron superadas en la fase de evaluación ya que después del tratamiento los datos son menores en todos los factores evaluados del YSR.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la escala de valores VQ pre y post test se infieren diferencias en la subescala de obstrucción con ($w=0.5$), en la subescala de progreso es de ($w=0.4$) del cual se afirma que existen diferencias entre las puntuaciones obtenidas después del tratamiento para la escala de valores VQ; en tanto estas diferencias corresponden a un tamaño de efecto de ($D-Cohen=0.04$) para la subescala de obstrucción indicando un tamaño de efecto pequeño, mientras que en la subescala de progreso el efecto del tamaño es grande ($D-Cohen=0.83$), como se evidencia en la tabla 4.

Tabla 4.*Puntuaciones escala de valores VQ pre y post test.*

	Escala de valores VQ					
	W	Media		DT		Z
		Pre	Post	Pre	Post	D-cohen
OBSTRUCCIÓN	0.59	13.80	15.80	3.20	5.67	-0.53
PROGRESO	0.41	6.84	16.00	6.84	5.70	-0.81

Nota. Estimación Wilconxon ($p = <.05$).

Por medio de la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT, sobre los problemas de conducta externalizante en adolescentes que recibieron el protocolo breve de Gómez, et al. (2014) arrojaron datos en el pretest para la subescala de progreso en promedio de 6.84 puntos, en la subescala obstrucción, la puntuación fue de 13.80; indicando puntuaciones límites según la muestra normativa. Secuencialmente, se realiza el post test con puntuaciones de tendencia mayor para la subescala de progreso con 16.0 puntos y en obstrucción la puntuación fue de 15.80; esto indica cambios para progreso, es decir que en todos los casos los adolescentes reportaron cambios voluntarios para avanzar; mientras que la puntuación de obstrucción que se incrementó para el post test.

Por tanto, para la escala de valores VQ de obstrucción se afirma que existen diferencias con la muestras clínicas normalizadas; esto permite inferir que antes del tratamiento los participantes no reportaron estar encaminados en dirección a sus valores, en comparación con el post test, este cambio fue similar a la muestra de referencia clínica de (Ruiz, et al. 2014).

En la estimación de las diferencias para la escala de rumia RRS-SF, se presentaron cambios significativos en la subescala de reflexión de ($w=.336$), y subescala de reproches ($w=.416$), por lo anterior se deduce que el tamaño de efecto para la escala RR-SF según las puntuaciones, es pequeño. Tanto para reflexión, como para reproches representados en un D

cohen = 0.03 y 0.07 respetivamente, indicando un tamaño de efecto ($TE < .20$) valores descritos en la tabla 5.

Tabla 5.

Puntuaciones obtenidas de la escala RR-SF pre y post test.

	RR-SF						
	W	Media		DT	Z	D-cohen	
		Pre	Post	Pre	Post		
REFLEXION	0.33	9.40	10.80	2.50	5.01	-0.96	0.03
REPROCHES	0.41	9.60	11.20	3.70	2.94	-0.81	0.07

Nota. Los datos normativos de la escala ($RR-SF \geq 13$) son puntuaciones altas (Ruiz, et al. (2014).

La tabla 4, describe la puntuación obtenida por los participantes para la escala de RR-SF, arrojando una media de 9.60 puntos en la subescala de reproches y 9.40 para la subescala de reflexión, de acuerdo con lo reportado tras la intervención, está escala tuvo un incremento a 10.80 después del tratamiento, mientras que en la subescala de reproches el incremento es a 11.20; sin que las puntuaciones superaran la media normativa. Por lo anterior se afirma que el nivel o grado de rumia y preocupación evaluado contenía la percepción de las últimas dos semanas (Ruiz, et al. 2017).

Tabla 6.

Puntuaciones obtenidas de la escala CBCL pre test y post test.

Dimensión	CBCL				Z	W(p value)	D-cohen
	Media						
	Pre	Post	Pre	Post			
Problemas afectivos	8.80	4.00	4.30	6.16	-1.80	0.06	0,11
Ansiedad aislamiento	5.20	3.40	1.00	0.89	-170	0.07	0,28
Quejas somáticas	3.00	4.60	3.40	3.78	-1.80	0.06	0,05
Atención e hiperactividad	8.00	7.00	1.00	2.34	-1.50	0.13	0,06
Desafiante	5.20	4.40	0.83	1.14	-1.60	0.10	0,01
Problemas de conducta	7.56	4.60	4.00	3.78	-2.00	0.04	0,11
Síndrome Internalizante	17.00	12.00	7.17	10.74	-170	0.07	0,05
Síndrome Externalizante	12.80	9.00	3.96	4.30	-2.00	0.04	0,09
Escala total	37.00	28.00	11.27	16.89	-1.70	0.07	0,06

Nota. Comparación entre las puntuaciones de muestra CBCL. (Achenbach y Rescorla, 2001).

De acuerdo con lo propuesto desde el rango de diferencias de wilconxon para la puntuación obtenida en el CBCL, completado por los padres en donde se observan puntuaciones de cambios significativos para el síndrome externalizante ($w= 0.04$), en la subescala de problemas de conducta el cambio fue de ($w=0.04$), adicionalmente se indican valores con relación al tamaño de efecto de las medidas antes y después del tratamiento. En la tabla 5, se describen los valores con un efecto pequeño ($D- Cohen= 0.06$ a 0.28).

Con relación a las puntuaciones de la muestra normativa no referenciada, para el CBCL, arrojó una puntuación con tendencia de media de puntuaciones t para problemas afectivos ($t=53.9$), en los problemas de ansiedad representa ($t =54.3$), para problemas somáticos fue de ($t=53.7$), a problemas de atención e hiperactividad ($t=54.2$), a problemas oposicionista desafiante ($t=54.7$), y problemas de conducta ($t=54.2$), estos datos representan un síndrome internalizante de ($t= 50.2$) y síndrome externalizante fue de ($t= 50.2$), estas puntuaciones soportan el nivel de ocurrencia de los problemas de conducta reportados por los padres (Achenbach y Rescorla 2001).

A nivel global, se evidencio un cambio desde las puntuaciones obtenidas con tendencia a la disminución de reporte de conductas problemáticas de los padres con la utilización del CBCL. Estos resultados son consistentes con las muestra normativa no referenciada en el estudio (Achembach, et al. 2008).

Tabla 7.

Reporte de las características de los participantes desde análisis funcional.

Participante N°	Medio ambiente familiar	Problemas de conducta	Previo tratamiento consideración legal.
P1.masculino	Familia disfuncional	Pensamiento causarse daño. Ilusiones ópticas-auditivas. (Ver u oír cosas que otro no ven ni escuchan).	Comité de convivencia escolar matricula condicional
p2.masculino	Familia disfuncional	Problemas de atención Algunos problemas con compañeros	Comité de convivencia escolar matricula

Cra 9 Bis No. 62.46 - Bogotá D.C., Colombia
T. (571) 347 2311 - F. (571) 347 2311 ext. 131
info@fukl.edu.co - www.fukl.edu.co

p3.masculino	Pautas de crianza y estilo parental inconsistente	Problemas de atención	condicional
		Discusiones profesores	Comité de convivencia
		Pelar con los hermanos	escolar matricula
p4. masculino	Familia disfuncional, Población migrante Separación del padre	Alzare la voz a los profesores	condicional
		Problemas con profesores	Comité de convivencia
		Llegar tarde al colegio	escolar matricula
p5. masculino	Estilo parental basado en regaño y gritos.	Consumo de alcohol	condicional
		Peleas con compañeros	Comité de convivencia
		Indisciplina en el salón de clase	escolar matricula
			condicional

Nota: descripción del análisis funcional reportado en la sesión 2. Tomado de la base de datos de los participantes, 2019.

En la tabla 7, se presenta descripción de los comportamientos problemáticos reportados por los adolescentes desde el análisis funcional; de acuerdo con lo reportado se infiere que todos los adolescentes han tenido repertorio de historia problemática caracterizada por un patrón de inflexibilidad y evitación experiencial. Ya que en todos presentan conductas agresivas hacia otros. Estas conductas fueron valoradas pretratamiento y post tratamiento.

Discusión

Cuando Achembach,(1966) comenzó la observación de conductas agresivas, hostilidad, conducta de romper reglas y ansiedad, depresión, y quejas somáticas, en niños que presentaban de forma temprana estos síntomas fueron clasificados bajo los parámetros de la aplicación de técnicas como el análisis de factor, encontró una rotación de dos dimensiones internalizante y externalizante, para esta época se propone una clasificación dimensional diferente a la taxonómica, para describir la sintomatología presentada refiriéndose especialmente a la co-ocurrencia de síntomas que indicaron psicopatología.

De acuerdo a lo anterior con El YSR, de Achembach y Rescorla, (2001) arrojo una media en el síndrome internalizante de 26 puntos, en el síndrome externalizante fue de 25 puntos y una escala total de 83.0 puntos, en la medición del pretest. Indicando la presencia de psicopatología externalizante de acuerdo con la muestra seleccionada.

Como sustento a estas puntuaciones la literatura ha mostrado que el YSR, es un instrumento útil para medir problemas emocionales y conductuales en adolescentes, en donde se ha logrado sustentar la estructura factorial de ocho síndromes en diferentes culturas (Achenbach y Rescorla, 2001; Achenbach, et al. 2008; & Betancourt, Palos, y Vallejo, 2010).

En concordancia los hallazgos de este estudio observaron puntuaciones altas de manera particular para quejas somáticas, soportado con lo descrito por Achenbach, (1966), Achenbach. y Rescorla, (2001); Achenbach , et al.(2007), *vease tambien*, Achenbach, Becker, Döpfner, Heiervang, Roessner, Rothenberger, y Steinhausen, (2008). Presentando las correlaciones existentes con puntuaciones *T* para la muestra normativa, evidenciando que hay correlación entre quejas somáticas y síndrome externalizante de .35 y .42. Indicando que las dos condiciones pueden presentarse independientemente del sexo.

Dado que se identificó la presencia de comportamiento externalizante, seguidamente se buscó identificar con los participantes por medio del análisis funcional de las conductas problemáticas el patrón de rumia y preocupación medido por medio de la escala RRS-SF, de Ruiz, et al.(2017) arrojando datos de puntuaciones con tendencia a limite en comparación con la muestra normativa, se sustenta bajo los parámetros de dos subescalas de reflexión y reproches; indicando en los casos mayor grado de rumia de reflexión está enfocado al análisis y búsqueda e explicaciones, indicando psicopatología; en la subescala de reproches las puntuaciones altas indican mayor grado de rumia enfocada a la lamentación, está asociado con depresión.

Otro componente de evaluación que complementa los anteriores es la escala de valores VQ, de Ruiz, et al. (2014), en las puntuaciones obtenidas, se afirmó que existen diferencias con la muestra normalizada, en el pre test se obtuvieron puntuaciones que indican que los participantes no se encontraban encaminados en dirección a sus valores, tras la intervención este

cambio fue similar a la muestra de referencia. Se consideró un tamaño de efecto pequeño desde la estimación de *D de Cohen*, soportando estadísticamente que el cambio la escala de valores VQ sea $\leq .20$.

La evidencia empírica ha resaltado la funcionalidad de los valores para que las acciones valiosas le den sentido a la vida de cada uno, permitiéndole a las personas avanzar en lo que merecen y esperarían obtener en la vida, haciéndoles experimentar que el control es el problema. Por lo que es necesario enseñar a poder relacionarse con pensamientos y emociones de un modo más eficaz y con un sentido personal más significativo (Luciano, 2016).

Hasta aquí se han descrito las puntuaciones reportadas con el autoinforme YSR, Achembach y Rescorla, (2001) y la escala RRS-SF, de Ruiz, et al.,(2017), la escala de valores VQ, versión Colombiana (Ruiz, et al. 2014).

De otra parte frente a la fase de intervención con la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT dirigido a adolescentes de 11 a 18 años con problemas de comportamiento externalizante, utilizando el protocolo breve de Gómez, et al.,(2014) evidenció en los resultados características de influencia en la causa del síndrome externalizante tales como tener historia de conflictos, dificultades en la resolución de problemas, presentan características del trastorno de evitación experiencial, de acuerdo con los hallazgos los participantes reportaron un repertorio de acciones deliberadas y problemáticas como reacciones verbales agresivas y violencia física.

De acuerdo con los resultados del protocolo breve de Gómez, et al.(2014), la muestra evaluada mostro cambios significativos tanto a nivel clínico como estadísticamente; sin embargó estos hallazgos obtenidos indican que el cambio evidenciado tiende a ser con un tamaño de efecto reducido, es decir que si se realizaron algunos cambios frente al control de los eventos privados después del tratamiento, aunque no fue estadísticamente significativo; el cambio generó

contexto a los adolescentes para hacerse responsables de sus eventos privados, así como confrontar al adolescente con el efecto de su comportamiento (pros y contras), y la experiencia de desesperanza creativa de la regulación inflexible del pensamiento. En el proceso se orientaba al adolescente a aclarar valoraciones personales y su propia dirección para hacerse cargo de sus pensamientos y sentimientos y elegir acciones de acuerdo con los valores.

En cuanto a la flexibilidad psicológica, correspondió a una condición relevante ya que los participantes pudieron aprender nuevos repertorios considerados como apertura emocional donde de forma voluntaria están avanzando hacia acciones valiosas. Por lo anterior, la Terapia de Aceptación y compromiso ACT para problemas de comportamiento externalizante en adolescentes mostró flexibilización en los participantes para encaminarse a acciones valiosas en el ambiente escolar y familiar (Luciano, et al. 2011). Es posible que se hayan modificado reglas verbales para dismantelar el patrón inflexible de rumia y preocupación reportadas en la sesión 1 y sesión 2.

Por otro lado, los comportamientos externalizantes no se presentan descontextualizados, ya que el ambiente ejerce un papel significativo en su manifestación, es así que se han identificado factores riesgo de disfunción familiar, problemas escolares, entre otros; estos pueden estar relacionados o asociados con la presencia e incremento de comportamiento externalizante (Hewitt & Moreno, 2018).

Al respecto, Adams,(2003); propuso una descripción sobre los factores que inciden en el desarrollo adolescente siendo el estrato socioeconómico tiene una implicación relevante frente a las relaciones entre padres e hijos. En familias con desventaja socioeconómica, los efectos pueden ser nocivos, como resultado de prácticas parentales predominantes como la dureza y el poco monitoreo.

En lo propuesto por Cabrera y Guevara,(2007) afirman que el estrato socioeconómico es una variable de gran interés en los estudios sobre desarrollo en niños; este interés tiene relación con la creencia generalizada de que las familias de estratos socioeconómicos altos brindan a sus niños un contexto propicio para su beneficio y desarrollo, mientras que las familias de estratos socioeconómicos bajos carecen de algunos recursos y experiencias, lo cual pone a los niños en riesgo de presentar problemas en su desarrollo.

Lo anterior lleva a plantear, tal como lo hicieron Hoff-Ginsberg y Tardif, (1995) que los padres de diferente nivel socioeconómico forman de manera diferente a sus hijos, en parte por las diferentes circunstancias en que éstos viven.

En la misma línea, Henao y Mahecha, (2005), observaron que en la adolescencia se ha presentado asociación del estrato socioeconómico bajo, con comportamientos internalizantes; como la depresión, y comportamientos externalizantes, como delincuencia, en esta etapa del desarrollo. Además, considera que los niños que viven en familias con desventajas económicas es más probable que experimente problemas emocionales y conductuales, relación deteriorada con pares, baja autoestima, bajos niveles de socialización e iniciativa, y problemas de conducta externalizante e internalizante, que los niños que viven en familias con mayores recursos económicos.

Otro de los elementos que inciden en el desarrollo de problemas externalizantes, son los efectos del maltrato, desde lo propuesto por Cerezo, (1995), encontró que los niños expuestos a maltrato por las madres cuando ellas no son accesible, o son insensibles a las demandas, le rechaza o le causa daño físico, el niño desarrollara conductas disminuidas en la exploración del ambiente social, a nivel cognitivo incide en el funcionamiento interno que afecta las percepciones de los demás, siendo incapaz de lograr el contacto y la reciprocidad y no ser

merecedor de atenciones. Por lo tanto, los efectos se desarrollarán posteriormente en incompetencia social para las relaciones interpersonales del niño y su dificultad para establecer vínculos apropiados.

Esta terapia de intervención mostró utilidad para problemas de comportamiento externalizante, porque corresponde a una efectividad consistente para apoyar procesos de intervención con el “Brief ACT Protocol in At-risk Adolescents with Conduct Disorder and Impulsivity” Gómez, et al. (2014); Para atender las necesidades terapéuticas que requieren los padres de familia con niños con problemas de comportamiento externalizante del área rural. A raíz de este tipo de intervenciones, se impacta diferentes ambientes contextuales como la escuela, la familia, espacios sociales para el adolescente.

Entonces cuando se presentan conducta externalizante, se identifica la ineficacia de las consecuencias a corto plazo, el patrón de evitación y la inflexibilidad psicológica se interviene con defusion y clarificación de valores, para contextualizar a la persona a dejar de tener preocupación y rumia y avanzar en dirección valiosa (Wilson y Luciano, 2002).

Finalmente, el análisis interpretativo de las puntuaciones pretest obtenidas con el autoinforme YSR, CBCL, la escala de rumia RR. SF, y escala de Valores VQ, mostraron rangos clínicos y límites en todos los casos. Se evidenciaron puntuaciones que implican desajuste psicológico, problemas de agresión, comportamiento disruptivo, así como las condiciones externas y del medio ambiente en cual se da el desarrollo psicosocial de los adolescentes para iniciar o mantener comportamiento externalizante (Achenbach, et al. 2007; Henao y Mahecha, 2005; Luciano, et al. 2011 & Ruiz, et al. 2017).

Dentro de los aspectos a tener en cuenta desde los resultados y la evidencia que muestra la literatura se realizó un proceso de evaluación e intervención en adolescentes de 11 a 18 años

con problemas de comportamiento externalizante desde la terapia de Aceptación y Compromiso, de manera particular con el protocolo breve de Gómez, et al. (2014,) Ante lo propuesto se realizaron las 4 sesiones de intervención en donde generaron en los adolescentes mayor conciencia de sus eventos privados, por lo que este estudio contribuyó a identificar el nivel de efectividad del protocolo en los adolescentes del contexto colombiano, con condiciones socioeconómicas de vulnerabilidad como un entorno rural y la influencia de los factores de riesgo que se presentan para este periodo de la vida en el comportamiento externalizante.

Este síndrome tiene un pronóstico problemático ya que se caracteriza por un comportamiento ineficiente, con patrones de inflexibilidad psicológica y alto repertorio de evitación experiencial, por lo que es de relevancia la intervención planteada desde ACT, ya que de forma breve los adolescentes empezaron a hacerse cargo de sus pensamientos, emociones, sensaciones que le permitan direccionar su vida a valores (Luciano, 2016).

Así mismo se considera que los alcances del estudio han podido contribuir a la mejoría de conductas problemáticas del ambiente escolar y familiar del adolescente basado en la evaluación del ASEBA, y la intervención con la terapia de aceptación y compromiso ACT. Desde un modelo de las terapias de tercera generación (Ruiz, et al. 2017).

En contraste las limitaciones del estudio proponen tomar en cuenta el tamaño muestral, ya que los estudios encontrados en su mayoría son de muestras grandes, y para el contexto colombiano no se encuentran investigaciones que incluyan los modelos de evaluación e intervención ASEBA y ACT con el protocolo breve de Gómez, et al.(2014). Para adolescentes colombianos y muestras pequeñas.

Otra limitación es la condición psicopatológica comorbida a otros trastornos, una segunda limitación, es que exista ideación y evento de suicidio, condición que no se explica en el

protocolo breve de Gómez, et al. (2014). Por tanto se considera que de ser identificados problemas comorbidos al externalizante se puedan requerir de más sesiones o requerir otro tipo de intervención.

También se evidencio la limitación de no incluir ninguna forma de intervención a padres y profesores, quienes son observadores de los problemas de conducta de los adolescentes.

En consecuencia estos resultados y descriptores del comportamiento externalizante en adolescentes son preliminares a la evidencia sobre los aspectos aquí analizados especialmente con población rural y bajo condiciones de maltrato y bajas condiciones socioeconómicas que influyen en el ambiente del adolescente.

Para futuros estudios se podrán ampliar sobre estas limitaciones. Finalmente, su utilidad a nivel terapéutico debe ser ajustada a las características culturales, estos problemas están asociados a la edad, y las condiciones socioeconómicas, así como los factores de riesgo influyen en el desarrollo de problemas externalizantes.

La intervención al síndrome externalizante puede variar su efectividad de un protocolo basado en ACT puede lograr en adolescentes con este tipo de problemáticas y se espera que réplicas del presente estudio puedan contribuir en la salud mental de adolescentes colombianos.

Conclusiones

Los problemas de conducta externalizante han sido intervenidos desde la terapia de aceptación y compromiso de acuerdo con Achembach, et al.,(2008), y Gómez, et al.,(2014); planteamiento que se describió durante la fase de evaluación y de intervención.

El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia de terapia de aceptación y compromiso en problemas de comportamiento externalizante en adolescentes de 12 a 18 años

con el protocolo de intervención breve desarrollado por Gómez, et al. (2014) en adolescentes colombianos.

En relación a esto se encontró que si existen cambios conductuales de problemas externalizantes, tras la aplicación de 4 sesiones de terapia de aceptación y compromiso, del cual se puede concluir que el tamaño del efecto fue $\leq .20$. Es decir tamaño de efecto reducido de acuerdo con la estimación dada por este cambio desde las estimaciones realizadas por (Sampieri, et al., 2006).

En cuanto a los objetivos específicos, en el estudio se presentaron limitaciones para este caso específicamente los profesores no participaron reportando conductas problemáticas de los participantes, aunque se suministraron los instrumentos de registro de frecuencias y el formato de TFR, Achembach y Rescorla, (2001) no se logró obtener información.

En lo referente al reporte de padres, este se cumplió con cambios descritos antes y después de la intervención con los padres de familia quienes, reportaron cambios significativo en las diferencias de puntuaciones con la intervención del protocolo breve de Gómez, et al. (2014); por tanto, se concluye efectos observables reportados por los padres con la utilización del CBCL. Con puntuaciones de la escala total en el pretest fue de 37.00, en comparación con el post test arrojó una puntuación de 28.0 tras la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (Achembach y Rescorla, 2001).

Durante las sesiones 3 y 4, del protocolo breve de Gómez, et al.(2014) se logró direccionar a acciones valiosas a los participantes, quienes reportaron incremento de direccionar su vida en la sub escala de progreso la cual fue descrita en los resultados de la escala de valores VQ, allí se encontraron cambios especialmente para la subescala de progreso.

Frente a los resultados de la escala RRS-SF, Ruiz, et al.,(2014) demostró un estilo de afrontamiento de los eventos privados con respecto a la ineficacia y evitación experiencial que han mantenido con los problemas de conducta, para este estudio fueron alta o clínicas antes y después de la intervención. Ya que se presentó más comportamiento rumiativo de reproches y reflexión; Por lo que no pudo ser posible determinar si estos resultados son equiparables al protocolo aplicado.

Adicionalmente, se pudo concluir que la percepción de las conductas problemáticas es diferente entre los padres y el autoinforme de los adolescentes, esto fue sustentado desde las diferencias del YSR y el CBCL, (Achembach y Rescorla, 2001.)

Los resultados de este estudio muestran la necesidad de seguir investigando para determinar si el protocolo breve de Gómez, et al. (2014) puede ser modificado o se deba incluir intervención a padres y profesores. y de otra parte determinar hasta donde las diferencias culturales inciden en la efectividad más amplia en la co-ocurrencia de los problemas externalizantes.

Por lo anterior, se recomienda que para próximas investigaciones se realice una adaptación del protocolo para incluir en el proceso de intervención a padres de familia y profesores, condición que implica ampliar las sesiones o poner en consideración la intervención individual de los adultos que rodean a los adolescentes con problemas de conducta, esto contribuiría a la modificación del ambiente externo al adolescente.

Conflictos de intereses.

Para los fines de este estudio no se presentan conflictos de intereses.

Referencias

- Abad, J., Forns, M., y Gómez, J. (2002). Emocional and Behavioral Problems Measured by the (YSR) Gender and Age Differences in Spanish Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, (18), 149–157, University of Barcelona, España. doi: 10.1027//1015-5759.18.2.149.
- Achenbach, T. M., (1966). The Classification de Children's Psychiatric Symptoms. *Psychological Monographs: General and Applied*, (80), 1-37. Universidad de Minnesota.
- Achenbach, T., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bromberg, A., Bird, H., Dobrean, A., Dumenci, L., Ivanova M., Rescorla, L., y Verhulst, F. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 23 countries, *University Of Vermont Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 75(2), 351-358 doi: 10.1037/0022-006x.75.2.351.
- Achenbach, T., Becker, D., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., y Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (49), 251–275. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x.
- Achenbach, T., y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School Age forms y Profiles*, ASEBA Achenbach System of Empirically Based Assessment .ISBN: 0-938565-73-7 Vermont, Estados Unidos: Editorial Research Center for Children, Youth y Families.
- Adams, G. (2003) Adolescent Development, En Adams, G.R., & Berzonsky, M.D. (Ed.), *Blackwell Handbook of Adolescence*. (pp. 3 – 16). Oxford Blackwell Publishing.
- Al- Yagon, M. (2014). Externalizing and Internalizing Behaviors among Adolescents with Learning Disabilities: Contribution of Adolescents' Attachment to Mothers and Negative Affect. *J. Child Fam Study*, (24), 1343–1357. doi:10.1007/s10826-014-9942-3.
- Almqvist F., Bilenberg N., Bromberg A., Bird H., Dobrean A., Dumenci L., Ivanova M., Rescorla L., y Verhulst F. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 23 countries. *University Of Vermont Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 75 (2), 351-358 doi: 10.1037/0022-006x.75.2.351.
- American Psychological Association. (2002). *Developing Adolescents: Reference for Professionals* . The American Psychological Association. Washington, DC. Recuperate de www.apa.org/pi/pii/develop.pdf.

- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. District of Columbia 750 First Street, Washington. DC.
- Baglioni, C., Battagliese G., Buonanno C., Caccetta M., Cardi V., Luppino O., Mancini F. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for externalizing disorders: a meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*. (75), 60-71. doi: 10.008 0005-7967.
- Betancourt, D., Palos, P. Vallejo, A. (2010). Escala para Evaluar Problemas Emocionales y Conductuales en Adolescentes, *Ciencias Sociales y Humanas*, Universidad Nacional Autónoma, Anáhuac, y Veracruzana, México. 4 (9), 12-27, ISSN: 1665-692X.
- Cabrera, V. y Guevara, I. (2007). Relaciones Familiares y Ajuste Psicológico: dos estudios en adolescentes de familias colombianas. ISBN: 978-958-695-288-0. *Proyecto Uniandes*, Bogotá. Colombia.
- Cerezo, M. (1995). El Impacto Psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar, *Infancia y Aprendizaje*. Universidad de Valencia, (71), 135-157. ISSN: 0210-3702. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=48496>.
- Correa, G., Montoya, E., Romero, M. (2009). Manifestaciones de Conducta Disruptiva y Comportamiento Perturbador en Población Normal de 4 a 17 Años de Edad. *Universidad de San Buenaventura* Medellin, Colombia. ISSN: 1657-8031. (9) 1, 1-294.
- Ezpeleta, L., de la Osa, D., Doménech, y Bonillo. (2006). Assessment of Functional Impairment in Spanish Children, *Universitat Autònoma de Barcelona*, Spain. (1), 130–143.
- Ezpeleta, L., Doménech, E. (s.f.). Las Clasificaciones en Psicopatología Infantil, Cap. 6, (121-143). recuperado de <http://biblioteca.iplacex.cl/RCA/Las%20clasificaciones%20en%20psicopatolog%C3%ADa%20in%20fantil.pdf>.
- Gil – Luciano, B., Ruiz, Fj., Valdivia –Salas, S., Suárez-Falcón, J., (2017). Promoting Psychological Flexibility On Tolerance Tasks: Framing Behavior Through Deictic/Hierarchical Relations And Specifying Augmental Function, *Psychol Rec*, 9, (1), p. 67, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. doi 10.1007/S40732-016-0200-5.
- Gómez, M., Luciano, C., Páez-Blarrina, M., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., y Gil- Luciano, B. (2014). Brief ACT Protocol in At-risk Adolescents with Conduct Disorder and Impulsivity. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Almeria, España, 14 (3), 307-332. doi: 56032544001.

- Henao, A., y Mahecha, J. (2005). Ajuste Psicológico Según Edad y Género en Niños y Jóvenes de Estrato Socioeconómico 1 y 2 de Bogotá, *Suma Psicológica*, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá D.C., Colombia, ISSN 0121-438, 12 (2), 197-212.
- Hernández, M., Luciano C, Roales J, Bricker J, Montesinos F. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation: A Preliminary Study of Its Effectiveness in Comparison With Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, (4) 23, 723–730. doi: 10.1037/a0017632
- Hewitt, N., y Moreno, H. (2018), Intervención Psicológica para Comportamientos Externalizados e Internalizados en Niños de 8 a 12 años. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 5(2), 37-42. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.2.5.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2016). *Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia Forensis Datos para la Vida*, 18(1), ISSN 2145-0250, Bogotá D.C. Colombia.
- Karunan, V. (2006). Adolescent Development: Perspectives and Frameworks a summary of Adolescent Needs, an Analysis of the Various Program Approaches and General Recommendations for Adolescent Programming. *United Nations Children's Fund (UNICEF)* New York, NY Learning Series No. 1, USA.
- Lemos, S, Sandoval M, y Vallejo G (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR, Universidad de Oviedo, *Psicothema* ISSN 0214 - 9915 ,14, (4), p. 816-822
- López, C., Soler, C. L., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M., y López P, Pina, P, (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26 (2), 325 - 334. doi:
- Luciano, C, Ruiz F, Vizcaíno R, Torres V, Sánchez M, Gutiérrez O, López J.(2011). A Relational Frame Analysis of Defusion Interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A Preliminary and Quasi-Experimental Study with At-Risk Adolescents, 11 (2), 165-182, *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, Universidad de Almería y Barcelona, España. Recuperado de: <http://entrenamiento%20practica%20clinica%20ii%20francisco%20ruiz/Luciano%20et%20al%202011%20Adolescentes%20en%20Riesgo.pdf>.
- Luciano, C., (2016). *Evolución de ACT, Análisis y Modificación de Conducta*, Universidad de Almería. España. ISSN: 0211-7339. (42), 3-14.

- Mangrulkar, L., Whitman, V., Posner, M., (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, *Organización Panamericana de la Salud, división de promoción y protección de la salud programa de salud familiar y población unidad técnica de adolescencia*. Fundación W.K. Kellogg, Washington.
- Martínez, N., y Moreno, J., (2010). Conductas Externalizante, Rendimiento Académico y Atención Selectiva en Niños con y sin Hiperactividad, *Psicología: Avances de la disciplina*, 4. (1), 39-53. Universidad Católica, Colombia. Recuperado de
- Ministerio de Protección Social. (2006). *Ley 1090 del ministerio de protección social de 2006, del código de ética de psicólogos en Colombia*. Recuperado de
- Ministerio de salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 tomo I. Estudio nacional de salud mental del Ministerio de Salud*. Recuperado de
- Moreno, J., Beltrán, D., Escobar, A., Verá, A., y Castañeda, I. (2009). Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. *Psicología: avances de la disciplina*. (3) 2, 109-130. doi: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531004.pdf>.
- Reitz, E., Dekovic, M., Meijer A. (2006). Relations Between Parenting and Externalizing and Internalizing Problema Behaviour in Early Adolescence: Child Behavior as Moderator and Predictor. *Journal of Adolescent*, (29), 419-436. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.08.003
- Rey, C., (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos, *Suma Psicológica*, (11), p. 267 – 284. recuperado de https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=rey+c%2C+2004+ISSN+0121-4381&btnG=
- Roussos, A, Karantanos, G., Karajiannis, S., Kyprianos H., Lazaratou, O., Mahaira, M., Tassi, V., y Zoubou. (1999). Achenbach's Child Behavior Checklist and Teachers' Report Form in a normative sample of Greek children 6±12 years old, *European Child & Adolescent Psychiatry*, (8), 165-172.
- Ruiz, FJ. Suárez-Falcón, Sierra, M. Barreto-Montero, K., García-Martín, M., Bernal, P. y Ramírez, E (2017). Psychometric properties and factor structure of the Ruminative Responses Scale Short Form in Colombia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, (17), 199-208.
- Ruiz, FJ., Flórez, C., Garcia – Martina, M., Monroy-Cifuentes, A., Barreto- Montero, K., García-Beltrán, D., Riaño-Hernández, D., Sierra M., Suarez, J., Suárez-Falcón V., Cardona–Betancourt, Gil-

- Luciano, B., (2018). *A multiple - baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders* [Una evaluación de base múltiple de un protocolo breve de terapia de aceptación y compromiso centrado en el pensamiento negativo repetitivo para trastornos emocionales moderados.] *Journal of Contextual Behavioral Science*, doi. org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004.
- Ruiz, FJ., Luciano, C., Vizcaíno, R. Sanchez V. (2012). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en trastornos de ansiedad en la infancia. Un caso de fobia a la oscuridad, *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*, p.1-18, Ediciones Pirámide.
- Ruiz, FJ., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & GilLuciano, B. (2014). Psychometric Properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia. Referencia original: Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). *Development of the Valuing Questionnaire (VQ)*. *Journal of Contextual Behavioral Science*, (3), p. 164-172. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.06.001.
- Sampieri, R., Collado, F., y Lucio, P.(2006). *Metodología de la Investigación*. México, Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Sangwon, k., Kamphaus, R., y Baker, J. (2006). Short-Term Predictive Validity of Cluster Analitic and Dimensional Classification of Child Behavioral Adjustment in School. *Journal of School Psychology*, (44), 287-305. doi: 10.1016/j.jsp.2006.05.003.
- Smout, M., Burns, D., Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, (3), 164-172. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.06.001.
- Steinberg, L., y Morris, S. (2001). Adolescent development. Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, (52), 83–110.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes, Y., y Bond, F. (2016). RFT for Clinical Practice Three Core Strategies in Understanding and Treating Human Suffering.
- Torres de Galvis, Y., Barbesi, D., Silva, J., Montoya, L. (2010). Situacion de salud mental del adolescente *Estudio Nacional de Salud Mental*, Colombia. Ministerio de la Protección Social. ISBN 978-958-8674-04-9.
- Treynor, W., González, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, (27), 247-259. doi: 10.1023/A: 1023910315561.
- Wilson, K., Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso ACT un tratamiento conductual orientado a valores*. ISBN: 84-368-1719-2. Madrid, Ediciones Pirámide.

- Woltering, S., Lishak, V., Hodgson, N., Granic, I., y Zelazo, P. (2016). Executive function in children with externalizing and comorbid internalizing behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 30–38. doi:10.1111/jcpp.12428.
- Wyss, C., Voelker, S., Cornock, B. y Larson H, (2003). Psychometric Properties of a French-Canadian Translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Journal of Behavioral Science*, University of Windsor, Canada. ISSN: 0008400X, (35) 1, 67-71. doi: 10.1037/h0087189.

Anexo 01. Escala medidas repetidas de rumiación RRS-SF.**RRS-SF**

Las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas. Por favor, lee cada una de las siguientes frases y rodea con un círculo si *casi nunca*, *algunas veces*, *a menudo* o *casi siempre* piensas o actúas de esa manera cuando estás abatido, triste o deprimido. Por favor, indica qué es lo que haces generalmente, no lo que crees que deberías hacer.

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

1. Pienso en qué he hecho yo para merecerme esto.	1	2	3	4
2. Analizo los sucesos recientes para entender por qué estoy deprimido.	1	2	3	4
3. Pienso en por qué reacciono de esta forma.	1	2	3	4
4. Me voy por ahí solo y pienso en por qué me siento así.	1	2	3	4
5. Escribo lo que estoy pensando y lo analizo.	1	2	3	4
6. Pienso acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera sido mejor.	1	2	3	4
7. Pienso en por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen.	1	2	3	4
8. Pienso en por qué no puedo controlar las cosas mejor.	1	2	3	4
9. Analizo mi forma de ser para intentar comprender por qué estoy deprimido.	1	2	3	4
10. Me voy solo a algún sitio para pensar sobre cómo me siento.	1	2	3	4

Anexo 02 auto informe (YSR) ASEBA, 2002.

Por favor usar letra de molde **CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS(AS) DE 11-18 AÑOS** Formulario de la ASEBA

TU NOMBRE Primer Nombre Segundo Nombre Apellido **TRABAJO USUAL DE LOS PADRES**, inclusive si ahora no está trabajando (por favor especifique - por ejemplo: Médico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, capatzen, sargento en el ejército).

COMPLETO **TU SEXO** ☐ Masculino ☐ Femenino **TU EDAD** **TU GRUPO ÉTNICO O RAZA** **TRABAJO DEL PADRE:** **TRABAJO DE LA MADRE:**

FECHA DE HOY Mes Día Año **FECHA DE NACIMIENTO** Mes Día Año

GRADO ESCOLAR: Si estás trabajando, ¿qué tipo de trabajo haces? Por favor completa esta forma con tu opinión sobre tu conducta, inclusive si crees que otras personas no están de acuerdo. Si tienes comentarios adicionales escríbelos al final de la pregunta en el espacio que se provee.

No voy a la escuela: ☐

I. Anota por favor los deportes que más te gustan. Por ejemplo: natación, béisbol, patinaje, montar bicicleta, baloncesto, pesca, etc. **En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada uno de estos deportes?** **En comparación con otros muchachos(as) de tu edad, ¿cómo eres en estos deportes?**

☐ Ninguno

a. b. c.

II. Anota por favor tus actividades, juegos o pasatiempos favoritos además de los deportes. Por ejemplo, colección de estampillas, muñecas, libros, piano, baile folclórico, artesanía, etc. (No incluyas escuchar la radio o ver televisión). **En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada una de estas actividades?** **En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cómo eres en estas actividades?**

☐ Ninguno

a. b. c.

III. Anota por favor las organizaciones, equipos, clubes o grupos a los que perteneces. **En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿qué tan activa es tu participación en cada uno de los grupos?**

☐ Ninguno

a. b. c.

IV. Anota por favor los trabajos que tienes que hacer. Por ejemplo: repartir periódicos, cuidar de otros niños, hacer la cama, trabajar en una tienda, etc. (Incluye tareas o trabajos pagados y no pagados.) **En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cómo llevas a cabo estas tareas o trabajos?**

☐ Ninguno

a. b. c.

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

©Derechos Reservados 2001 T.M. Achenbach, U. of Vermont
1 S. Prospect St., Burlington, VT 05401
www.ASEBA.org

LA LEY PROHIBE LA REPRODUCCIÓN NO AUTORIZADA

Edición 6-1-01 - 500

Página 1

Por favor utilizar letra de molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigos íntimo(s) tienes?
(No incluyas a tus hermanos o hermanas.) ☐ Ninguno ☐ 1 ☐ 2 ó 3 ☐ 4 o más

2. Sin contar las horas en que estás en la escuela,
¿cuántas veces a la semana participas en actividades con tus
amigos(as)? ☐ Menos de 1 ☐ 1 ó 2 ☐ 3 o más

VI. En comparación con otros jóvenes de tu edad,
¿cómo...

	¿Peor que los demás?	¿Igual que los demás?	¿Mejor que los demás?	<input type="checkbox"/> No tengo hermanos o hermanas
a. te llevas con tus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. te llevas con otros jóvenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. te comportas con tus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. haces cosas por ti mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempeño escolar. ☐ No voy a la escuela porque _____

Marca una respuesta para cada materia.

	Reprobado	Por debajo del promedio	Promedio	Más alto que el promedio
a. Español o Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia o Estudios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas o Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras materias,
como por ejemplo,
idiomas, cursos de
computadoras,
comercio, etc. No
incluyes cursos
como educación
física, artes
industriales, etc., u
otras materias no
académicas

¿Padece de alguna enfermedad, problema físico o mental? ☐ No ☐ Sí—describe el problema: _____

En el espacio que sigue, explica qué es lo que más te preocupa de la escuela: _____

Por favor describe otras preocupaciones que tengas: _____

Por favor describe lo mejor de ti: _____

Página 7

A continuación hay una lista de frases que describen a los jóvenes. Si la frase te describe a ti ahora o durante los últimos seis meses, haz un círculo en el número 2 si te describe muy a menudo. Haz un círculo en el número 1 si sólo te describe en cierta manera o algunas veces. Si la frase no te describe a ti en los últimos seis meses, haz un círculo en el 0. Por favor escribe en letra de molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto	1 = En cierta manera, algunas veces	2 = Muy cierto o cierto a menudo
0 1 2	1. Actúo como si fuera mucho más joven que la edad que tengo	0 1 2 32. Me siento como que tengo que ser perfecto(a)
0 1 2	2. Bebo alcohol sin permiso de mis padres (describe): _____	0 1 2 33. Me siento como que nadie me quiere
0 1 2	3. Disuto mucho	0 1 2 34. Me siento como que los demás quieren perjudicarme
0 1 2	4. Dejo sin terminar lo que empiezo	0 1 2 35. Me siento inferior o creo que no valgo nada
0 1 2	5. Disfruto de muy pocas cosas	0 1 2 36. Me hago daño accidentalmente con mucha frecuencia
0 1 2	6. Me gustan los animales	0 1 2 37. Peleo mucho
0 1 2	7. Soy engreído, me las echo	0 1 2 38. Los demás se burlan de mí a menudo
0 1 2	8. No puedo concentrarme o prestar atención por mucho tiempo	0 1 2 39. Me junto con jóvenes que se meten en problemas
0 1 2	9. No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos (describe): _____	0 1 2 40. Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describe): _____
0 1 2	10. No puedo estar quieto(a)	0 1 2 41. Actúo sin pensar
0 1 2	11. Dependo demasiado de algunos adultos	0 1 2 42. Me gusta más estar solo/a que con otras personas
0 1 2	12. Me siento muy solo(a)	0 1 2 43. Digo mentiras o engaño a los demás
0 1 2	13. Me siento confundido(a) o como si estuviera en las nubes	0 1 2 44. Me muerdo las uñas
0 1 2	14. Lloro mucho	0 1 2 45. Soy nervioso(a), tenso(a)
0 1 2	15. Soy bastante honesto(a)	0 1 2 46. Partes de mi cuerpo se fuerzan o tienen movimientos involuntarios (describe): _____
0 1 2	16. Soy malo(a) con los demás	0 1 2 47. Tengo pesadillas
0 1 2	17. Sueño despierto(a) a menudo	0 1 2 48. No les caigo bien a otros/as jóvenes
0 1 2	18. Me hago daño a mí mismo(a) deliberadamente o he intentado suicidarme	0 1 2 49. Puedo hacer ciertas cosas mejor que otros/as jóvenes
0 1 2	19. Trato de atraer mucha atención	0 1 2 50. Soy demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0 1 2	20. Destruyo mis cosas	0 1 2 51. Me siento mareado(a)
0 1 2	21. Destruyo las cosas de otras personas	0 1 2 52. Me siento demasiado culpable
0 1 2	22. Desobedezo a mis padres	0 1 2 53. Como demasiado
0 1 2	23. Desobedezo en la escuela	0 1 2 54. Me siento demasiado cansado(a) sin ninguna buena razón
0 1 2	24. No como tan bien como debería	0 1 2 55. Peso demasiado
0 1 2	25. No me llevo bien con otros jóvenes	0 1 2 56. Tengo problemas físicos sin causa médica:
0 1 2	26. No me siento culpable después de haber hecho algo que no debo	0 1 2 a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)
0 1 2	27. Tengo celos de otras personas	0 1 2 b. Dolores de cabeza
0 1 2	28. Rompo las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	0 1 2 c. Náuseas, me siento mal
0 1 2	29. Tengo miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluyas la escuela) (describe): _____	0 1 2 d. Problemas con los ojos (si no usas lentes) (describe): _____
0 1 2	30. Tengo miedo de ir a la escuela	0 1 2 e. Me da espulido o irritación en la piel
0 1 2	31. Tengo miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0 1 2 f. Dolores de estómago
		0 1 2 g. Vómitos
		0 1 2 h. Otros (describe): _____

Página 3 Por favor asegúrese que contestó todas las preguntas. Entonces pasa a la página siguiente.

Por favor escribe en letra de molde. Asegúrate que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto	1 = En cierta manera, algunas veces	2 = Muy cierto o cierto a menudo
0 1 2 57. Ataco la gente físicamente		0 1 2 84. Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas (describe): _____
0 1 2 58. Me araña la piel u otras partes del cuerpo (describe): _____		0 1 2 85. Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas (describe): _____
0 1 2 59. Puedo ser bastante amigable		0 1 2 86. Soy testarudo(a)
0 1 2 60. Me gusta tratar cosas nuevas		0 1 2 87. Mi estado de ánimo o sentimientos cambian de repente
0 1 2 61. Mi desempeño escolar es bajo		0 1 2 88. Me gusta estar con otras personas
0 1 2 62. Soy torpe; no tengo mucha coordinación		0 1 2 89. Soy desconfiado(a)
0 1 2 63. Prefiero estar con jóvenes mayores que yo		0 1 2 90. Digo groserías o uso lenguaje obsceno
0 1 2 64. Prefiero estar con jóvenes menores que yo		0 1 2 91. Pienso en matarme
0 1 2 65. Me rehúso a hablar		0 1 2 92. Me gusta hacer reír a los demás
0 1 2 66. Repito ciertas acciones una y otra vez (describe): _____		0 1 2 93. Hablo demasiado
0 1 2 67. Me fugo de la casa		0 1 2 94. Me burlo mucho de los demás
0 1 2 68. Grito mucho		0 1 2 95. Me enfado con facilidad
0 1 2 69. Soy muy reservado(a); me caño todo		0 1 2 96. Pienso demasiado en el sexo
0 1 2 70. Veo cosas que otros creen que no existen (describe): _____		0 1 2 97. Amenazo lastimar a otras personas
0 1 2 71. Me cohíbo, me avergüenzo con facilidad		0 1 2 98. Me gusta ayudar a otras personas
0 1 2 72. Prendo fuegos		0 1 2 99. Fumo, mastico, o inhalo tabaco
0 1 2 73. Puedo trabajar bien con mis manos		0 1 2 100. No duermo bien (describe): _____
0 1 2 74. Me gusta llamar la atención o hacerme el(a) gracioso(a)		0 1 2 101. Falto a clases o a la escuela
0 1 2 75. Soy demasiado tímido(a)		0 1 2 102. Tengo poca energía
0 1 2 76. Duermo menos que la mayoría de los jóvenes		0 1 2 103. Me siento infeliz, triste, o deprimido(a)
0 1 2 77. Duermo más que la mayoría de los jóvenes durante el día y/o la noche (describe): _____		0 1 2 104. Soy más ruidoso(a) que otros(as) jóvenes
0 1 2 78. No presto atención o me distraigo fácilmente		0 1 2 105. Uso drogas sin razón médica (no incluyas aquí el uso de alcohol o tabaco (describe): _____
0 1 2 79. Tengo problemas con el habla (describe): _____		0 1 2 106. Trato de ser justo(a) con los demás
0 1 2 80. Defiendo mis derechos		0 1 2 107. Me gusta un buen chiste
0 1 2 81. Robo en casa		0 1 2 108. Me gusta llevar las cosas con calma
0 1 2 82. Robo fuera de casa		0 1 2 109. Trato de ayudar a los demás cuando puedo
0 1 2 83. Almaceno demasiadas cosas que no necesito (describe): _____		0 1 2 110. Desearía ser del sexo opuesto
		0 1 2 111. Evito relacionarme con los demás
		0 1 2 112. Me preocupo mucho

Por favor escribe cualquier otra cosa que describa tus sentimientos, comportamientos o intereses:

Anexo 03. CUESTIONARIO DE VALORES VQ



VQ

Por favor, lea cada frase cuidadosamente y haga un círculo en el número que mejor describa cómo de cierta ha sido esa frase para usted DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

0	1	2	3	4	5	6
En absoluto verdad						Completamente verdad

1. Pasé un montón de tiempo pensando sobre el pasado o el futuro en vez de dedicarme a actividades que eran importantes para mí.	0	1	2	3	4	5	6
2. Estuve básicamente en “piloto automático” la mayor parte del tiempo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Trabajé para conseguir mis metas incluso cuando no me sentía motivado.	0	1	2	3	4	5	6
4. Estuve orgulloso de cómo viví mi vida.	0	1	2	3	4	5	6
5. Hice progresos en las áreas de mi vida que más me importan	0	1	2	3	4	5	6
6. Los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles se interpusieron en el camino de lo que quería hacer.	0	1	2	3	4	5	6
7. Continué mejorando en ser el tipo de persona que deseo ser.	0	1	2	3	4	5	6
8. Cuando las cosas no fueron según lo planeado, me di por vencido fácilmente	0	1	2	3	4	5	6
9. Me sentí como si tuviera un propósito en la vida	0	1	2	3	4	5	6
10. Parecía como si estuviera comportándome de manera mecánica en vez de centrarme en lo que era importante para mí.	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 4: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA DE LOS PARTICIPANTES MENORES DE EDAD

El Proyecto “Eficacia de Terapia de Aceptación y Compromiso en Problemas de Comportamiento Externalizante en Adolescentes de 12 a 18 años” tiene el propósito de evaluar la eficacia a corto plazo de un protocolo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en la disminución de problemas de conducta en adolescentes colombianos. Esta investigación es conducida por Eileen Yeseida Cortés, estudiante de Maestría en Psicología Clínica está dirigida por el Dr. Francisco Ruiz, director del doctorado en psicología y de Mg. Mayra Gómez-Lugo Docente e Investigadora de la Konrad Lorenz Fundación Universitaria. Bogotá, Colombia. El centro educativo en el que cursa estudios su hijo/a es la institución educativa _____ la cual se vinculó en este estudio. Puesto que su hijo/a (nombre del hijo/a) _____ es estudiante entre 12 y 18 años, ha sido invitado(a) a participar en este estudio.

Antes de tomar la decisión acerca de si autoriza a su hijo/a participar en el estudio, le sugerimos leer detenidamente todos los apartados del presente documento. Este proceso se conoce como Consentimiento Informado. Puede hacer las preguntas que considere necesarias antes de firmar. La investigadora está en la obligación de responderlas y de aclarar cualquier inquietud. Usted puede encontrar palabras o términos con los cuales no está familiarizado o que sean de difícil comprensión, por lo que también puede solicitar que le sean explicados. La participación de su hijo/a en el estudio está protegida por la legislación internacional, nacional e institucional en la que se protege la dignidad, autonomía, derechos y se procura el bienestar de participantes en proyectos de investigación. Para garantizar esto, se elabora el presente formato de Consentimiento Informado.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es determinar el nivel de eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en los problemas de conducta externalizante en adolescentes de 12 a 18 años, La información que pueda ser obtenida por la participación de su hijo/a en el estudio será usada con fines de investigación, y académicos en el ámbito universitario. Siempre será mantenida la confidencialidad de los datos personales de su hijo/a.

Descripción del procedimiento

Este estudio es de tipo de caso único, el cual tiene una metodología en la que se miden y evalúan las diferentes conductas en diferentes momentos. En el presente estudio para el que les estamos solicitando la colaboración en primera estancia se le pedirá que complete seis sesiones donde se le impartirá un programa de intervención a los problemas de conducta externalizante, el cual ha demostrado su eficacia en otros países y todos los protocolos se encuentran validados para este rango de edad y ciclo vital.

El procedimiento comprende la siguientes fases: 1. Evaluación del participante (se realizará una breve entrevista y se aplicarán una serie de cuestionarios que evalúan aspectos relacionados con comportamientos del tipo externalizante, los cuales están diseñados específicamente para la edad de los participantes); 2. Aplicación del protocolo consistente en 4 sesiones semanales de 90 minutos de duración; 3. Recolección de datos de seguimiento. La labor del participante es responder a los cuestionarios que se le proponen y asistir a la sesión en la que se llevará a cabo el protocolo de intervención. Con este estudio pretendemos analizar y validar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en problemas de conducta externalizante en adolescentes entre 12 a 18 años en el contexto colombiano y en consecuencia promover la flexibilidad psicológica y disminuir las conductas externalizante en población adolescente colombiana.

Retribución y beneficios por la participación

Su hijo/a NO recibirá dinero por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia, en especial en marco de la salud mental de los adolescentes colombianos. NO recibirá otra contraprestación por su participación en este estudio más que el beneficio y conocimiento derivado de la participación el plan de tratamiento propuesto.

Cra 9 Bis No. 62.46 - Bogotá D.C., Colombia
T. (571) 347 2311 - F. (571) 347 2311 ext. 131
info@fukl.edu.co - www.fukl.edu.co

Participación voluntaria

La participación en este estudio es voluntaria. Su hijo/a tiene la libertad de retirar su consentimiento de participación en esta investigación en cualquier momento y que en tal caso no se afectará su estatus como estudiante en su centro educativo. Durante la fase de evaluación, su hijo/a puede decidir libremente no responder a preguntas que no desee responder.

Riesgos e Incomodidades

No se conoce o espera que corra algún riesgo por participar en este estudio. De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación es categorizada como INVESTIGACIÓN CON RIESGOS MÍNIMOS no se desarrollará ningún procedimiento invasivo la intervención consta de 4 sesiones y post test. La participación en el estudio entraña un riesgo mínimo para el participante. Las sesiones de intervención serán grabadas en audio y video. La cámara no enfocará directamente al participante. El único objetivo de la grabación es asegurar que la aplicación del protocolo fue correcta. La grabación sólo podrá ser vista por miembros del equipo de investigación y será destruida una vez terminado el estudio.

Confidencialidad

Entiendo que cualquier información personal que haga parte de los resultados de la investigación será mantenida de manera confidencial. En ninguna publicación en la que se usen los resultados de las encuestas que cumplimente mi hijo/a ser mencionará su nombre.

Información

Para obtener información acerca de esta investigación puede comunicarse con Eileen Yeseida Cortes en el correo electrónico eileen.y.cortesn@konradlorenz.edu.co o atención vía telefónica sobre consultas e inquietudes en el horario de lunes a viernes de 10:00 am a 2:00 pm al teléfono 3123585808.

Importante

Este documento jamás será asociado con sus resultados y se guardará en una carpeta junto con los de los otros participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRE O ACUDIENTE

Hago constar que he recibido una copia de este formato y que CONSIENTO VOLUNTARIAMENTE A QUE MI HIJO /A: _____ QUE ES MENOR DE EDAD PARTICIPE EN ESTE ESTUDIO.

Nombre del Padre / Madre del Participante: _____

Firma del Padre /Madre del Participante

No. Documento de Identificación

Responsable de la Investigación

T.P

Consentimiento de participación firmado a los _____ días del mes de _____ del 2019

Anexo 5: Asentimiento para adolescentes

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES

Introducción

Yo _____ he sido invitado(a) a participar en el estudio titulado “Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso En Problemas De Comportamiento Externalizante en Adolescentes de 12 a 18 años.”. Esta investigación es conducida por Eileen Yeseida Cortes, estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es analizar el efecto de un protocolo de 5 sesiones basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con problemas externalizante. Entiendo que la información que pueda ser recolectada por mi participación en el estudio será usada para temas exclusivamente académicos.

Descripción del procedimiento

Es un estudio de tipo clínico con un diseño experimental de línea de base múltiple. El procedimiento comprende la siguientes fases: 1. Evaluación del participante (se realizará una breve entrevista y se aplicarán una serie de cuestionarios que evalúan aspectos relacionados con comportamientos del tipo externalizante); 2. Aleatorización del momento en el que se llevará a cabo la intervención; 3. Aplicación del protocolo consistente en 4 sesiones semanales de 90 minutos de duración; 4. Recolección de datos de seguimiento. La labor del participante es responder a los cuestionarios que se le proponen y asistir a la sesión en la que se llevará a cabo el protocolo de intervención

Riesgos e Incomodidades

La participación en el estudio entraña un riesgo mínimo para el participante. Las sesiones de intervención serán grabadas en audio y video. La cámara no enfocará directamente al participante. El único objetivo de la grabación es asegurar que la aplicación del protocolo fue correcta. La grabación sólo podrá ser vista por miembros del equipo de investigación y será destruida una vez terminado el estudio.

Confidencialidad

Entiendo que cualquier información personal que haga parte de los resultados de la investigación será mantenida de manera confidencial. En ninguna publicación en la que se usen mis resultados se mencionara mi nombre a menos que lo consienta y autorice por escrito.

Participación voluntaria

La participación en este estudio es voluntaria. Entiendo que tengo la libertad de retirar mi consentimiento de participación en esta investigación en cualquier momento y que en tal caso no tendré ningún tipo de repercusión. Adicionalmente aceptar que su participación no tendrá ninguna retribución económica por la asistencia en el proyecto.

Información

Para obtener información acerca de esta investigación puede comunicarse con Eileen Yeseida Cortes en el correo electrónico eileen.y.cortesn@konradlorenz.edu.co o atención vía telefónica sobre consultas e inquietudes en el horario de lunes a viernes de 10:00 am a 2:00 pm al teléfono 3123585808.

El investigador me está haciendo entrega inmediata de una copia de este consentimiento para mi archivo personal.

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Firma Del Participante

No. Documento De Identificación.

Firma Del Investigador Principal

No. Documento De Identificación